BALTAZAR CARAVEDO (hijo)

Algunas Consideraciones Sobre la Esquizofrenia en el Perú

LIMA - PERU
1941

S/100.—

BALTAZAR CARAVEDO (hijo)

Algunas Consideraciones Sobre la Esquizofrenia en el Perú

LIMA - PERU

1941

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA ESQUIZOFRENIA EN EL PERU

POR

BALTAZAR CARAVEDO (hijo)

A mi padre, maestro inmejorable de mi vida, que supo inculcarme como ninguno las disciplinas médicas para él tan queridas. Este trabajo encierra sus enseñanzas y sus ideales, ideales por los que lucha desde hace tantos años y a los que se ha consagrado con toda devoción.

INTRODUCCION

Si nos detuviéramos un instante en el camino tortuoso del conocimiento humano, veríamos que, a pesar del inmenso trecho recorrido, la distancia ganada para llegar a la meta es infinitamente pequeña y que lo que resta por recorrer es aún muy largo, arduo y difícil. Dentro de la vorágine del momento presente, dentro del campo de las múltiples ramas de la ciencia, hay problemas tan hondos, tan inmensos, que nos asustamos al contemplar la serie de obstáculos por vencer y los diversos caminos que se presentan para llegar a un final entrevisto apenas y muy veladamente por el espíritu humano y cuyo sentido íntimo desconocemos en su núcleo fundamental, pese a los esfuerzos, a las teorías y al avance formidable realizado en el campo de la investigación científica.

Hoy, frente al palpitar afiebrado de todos los laboratorios, de todos los centros de observación y experimentación, nos hallamos casi en el mismo lugar en que comenzamos, más sólidamente afirmados, más dueños de nosotros mismos, libres de prejuicios especulativos y mejor provistos de razonamientos científicos y de mapas para viajar dentro de este anchuroso mar del saber total, integral y unitario del cosmos con el hombre y del hombre con el mundo. Infatigablemente, los espíritus vuelcan en los caminos por donde transitan todo su caudal, marchando con la mente lista a disparar hacia el horizonte ignoto y pronto a darse en un acto luminoso y genial que alumbre, aunque sea débilmente, la senda a seguir en la ruta inexorable que el mundo le deparó al hombre, en la mision que el cosmos le confió a la humanidad: encontrarse a sí misma e integrarse dentro del mundo en la totalidad indivisa del macrocosmos.

De los problemas que más aspira el hombre de ciencia a resolver es el de la mente. Compenetrada de su misión y de su destino, la humanidad anhela conocerse mejor, llegar hasta la esencia íntima de su ser para resolver la incógnita que desde el comienzo de la historia humana los espíritus de todas las épocas y de todas las culturas trataron de manera esencial. Dominado el hombre desde el fondo de su ser por la duda y el miedo, enraizados, a pesar de la cultura y la sedimentación histórica, vuelve sus ojos, siempre que se encuentra frente a hechos para él irresolubles, hacia la deificación de las cosas o hacia lo demoníaco que hay en lo más hondo de sí mismo. Miles de años de historia y experiencias infinitas no han logrado desterrar de nuestros espíritus el terror cósmico, el miedo hacia lo desconocido y el avasallamiento de la personalidad frente a fuerzas superiores, que es tanto más poderoso cuanto más nimbado está el hecho por la superstición, la creencia popular o la sugestión colectiva. Impotente para vencer las fuerzas creadoras del mundo natural, vencido por el macrocosmos que lo domina, el hombre trata de refugiarse dentro de las múltiples posibilidades de su espíritu, se aleja del universo que lo envuelve y torna a esconderse en la caverna inagotable en recursos del alma.

Envuelto en sus propios problemas, dominado por la incesante corriente de la técnica y del tecnicismo, los problemas de la cultura aparecen hoy día complejos, obscuros e inmensamente superiores a la potencialidad del espíritu humano. La velocidad de superación, de afanosa y vertiginosa mutación de los valores culturales, éticos y científicos, es mucho mayor, más rápida, que el valor sustantivo de la adaptación humana. La mente se encuentra fatigada para seguir con el mismo ritmo la marcha de la presente civilización. Impulsado el espíritu a cambiar constantemente de rumbo, surcado por multiplicidad de problemas, llega un instante en que tiene que preguntarse hacia dónde va la humanidad. Esta época ha sido una época de derrumbe de todo lo que se acumuló durante siglos. La moral ha sido transformada por la técnica y el espíritu se ha subordinado a la mecánica. De la desbordante actividad del pasado siglo, que creyó solucionar todos los problemas con la mecánica, la experimentación y la técnica, nació una monstruosa concepción de la cultura y de los valores del espíritu.

El hombre se encontró incapaz de llegar hasta el fondo mismo de los grandes problemas sociales, de comprenderlos y solucionarlos dentro del remolino que a él mismo lo empujaba hacia lo desconocido. Del período afiebrado del tecnicismo nació la desbordante corriente hacia los hospitales mentales de hombres desadaptados de su medio ambiente, quebrados en el punto nuclear de su existencia, incapaces de ponerse en contacto con el cosmos que gravitaba con una fuerza aterradora sobre la humanidad.

Posiblemente, cada época ha tenido sus problemas mentales propios, acordes con su cultura y su desarrollo social; pero, en los momentos presentes, en que la humanidad vive una etapa de profundo desconcierto, de quiebra de los valores humanos, los trastornos de la mente son la preocupación principal dentro de los marcos de las más graves cuestiones médicos-sociales.

De este desacuerdo entre el hombre que lucha por adaptarse y el mundo que pretende imponer sus normas de vida nace la desarmonía, la escisión de la mente. Hoy, como en ningún período de la historia, los hombres viven la época más intensa, más difícil y artificial que cualquiera otra cultura haya impuesto. Frente a esta situación, superior a las fuerzas espirituales, ignorando el final de esta carrera vertiginosa entre el progreso sin rumbo, el avance sin meta fija ni concierto, los menos capacitados prefieren buscar en las profundidades del espíritu lo que dejó en ellos la sedimentación de épocas pasadas, o crearse un mundo propio, hecho a la medida de su deseos, a fin de vivir lo soñado como real, lo devenido como eterno devenir.

En países superindustrializados en donde la lucha por la existencia es dura, el choque entre el hombre, agobiado por el esfuerzo del trabajo rudo, y la máquina, es violento, tan violento que aquéllos que no se encuentren bien dotados no resisten el empuje de lo mécanico sobre lo espiritual, desadaptándose del medio ambiente y sustrayéndose al golpe doloroso de la experiencia fatal. Frente a nosotros tenemos, como ejemplo, a los Estados Unidos, en donde el ingreso de enfermos a los hospitales psiquiátricos es cada vez más alarmante. Este vasto problema de medicina social preocupa a la América del Norte tanto como cualquier epidemia de enfermedades contagiosas, porque vá en ello el porvenir de una nación, y la esquizofrenia ocupa el 25 % del total de camas hospitalarias, siendo más del 50 % el total de enfermos de la mente en relación con las demás enfermedades, según estadísticas americanas, acusando con ello los efectos inmensos que tiene sobre el hombre la acción permanente del medio que nos rodea. Frente a estos hechos, cabe preguntarse si es el sistema de vida lo que afecta el espíritu humano o si es que se encuentra incapacitado para adaptarse, bien sea debido a factores genéticos o constitucionales.

El hombre busca, consciente o subconscientemente, la manera mejor de defenderse, de luchar y de vencer, o salvarse, cuando sus fuerzas no lo capacitan para una mejor acción. Pero de lo que siempre

trata, sobre todas las cosas, es de perdurar, de mantener la tónica vital de la existencia por cualquier medio, retrocediendo algunos hacia el vivir instintivo y otros vegetando merced al impulso afectivo de que nos habla SCHELER.

Y dentro de este tempestuoso mar ignoto se mece la mente humana, luchando contra todos los vientos, esquivando lo mejor posible las innumerables tempestades, buscando ansiosamente una playa donde descansar tranquila, aunque las costas todavía sean remotas e ignoradas.

El sistema cultural reinante ha traído como consecuencia el aumento progresivo del número de desadaptados del mundo artificial en que vivimos. Los hospitales para enfermos de la mente deben soportar una población cada vez mayor creando un grave problema de medicina social, cuyas proyecciones, sin embargo, no se aprecian debido a su marcha lenta, insidiosa e insospechada por la colectividad, indiferente a esta clase de problemas que, en realidad, son vitales para su continuo desarrollo. Desgraciadamente, esta categoría de procesos no tiene repercusiones instantáneas y alarmantes como las de una epidemia, pues de lo contrario, la humanidad vería aterrada el número espantoso de hombres que pueblan los hospitales psiquiátricos del mundo. Este gran problema de las enfermedades de la mente crece cada día y los especialistas se encuentran ahogados por la multiplicidad de conflictos que estos trastornos generan y cuyas repercusiones en todos los campos de la actividad humana se dejan sentir, sea directa o indirectamente.

Entre los diversos procesos mentales, está en primer término aquél que es hoy el misterio, el problema vital de la psiquiatría contemporánea. Desde que KRAEPELIN inició su estudio lo catalogó dentro de marcos más o menos precisos, más o menos vagos, y el esfuerzo de todos los centros de investigación psicopatológica, el afán de todos los psiquiatras del mundo, ha sido, y es, el de resolver el misterio que lo rodea para dejar así dilucidado el mayor de los problemas de la psiquiatría contemporánea.

Esta vasta entidad nosológica la vemos presentarse por igual en países de cultura avanzadísima como en pueblos cuyo nivel social no está aún desarrollado. Y así tenemos como contraconceptos en la concepción de la vida y del destino humano a corrientes culturales, como la europea o la norteamericana y a la milenaria y estancada civilización incaica. Por una parte tenemos el abigarramiento de la vida, las complicadas y artificiosas fórmulas de las sociedades cultas, y, por otra, la simplificación de las necesidades vitales y el primitivismo de los ritos de las primeras colectividades humanas. Sin embargo, de estos dos modos diferentes de enfrentar los problemas humanos, de estas dos maneras opuestas del vivir, tenemos los mismos tipos de procesos psicopatológicos y tienen estas costumbres distintas repercusiones idénticas sobre los hombres que de ellas dependen. Frente a mo-

dos de ser tan diversos y con resultados cuyas variantes son ligeras, debemos preguntarnos qué es lo que condiciona la aparición del proceso, cuál es su etiología, su génesis. He aquí el núcleo del problema sobre el que se debate actualmente la psiquiatría. Debe haber un factor que condiciona la aparicion del proceso, debe existir una causa que el hombre hasta ahora no ha sido capaz de apreciar. A este respecto, bien poco hemos avanzado en cuanto a etiología, permaneciendo ella dentro del terreno de la experimentación y de la hipótesis. Indudablemente que no es sólo un proceso de orden intelectual puro sino un trastorno profundo del metabolismo general cuyas causales no se logran poner en claro. Todos los laboratorios, todos los especialistas y médicos generales, se preocupan de contribuir al descubrimiento de las causas de este mal universal. En este afán tesonero se hallan los hombres de ciencia, buscando una luz que alumbre la senda, pergeñando historias clínicas, compulsando estadísticas, moviendo tubos de ensayo en los laboratorios y experimentando reacciones psíquicas y químicas en las salas de los hospitales.

Si es verdad que la esquizofrenia, en su aspecto fundamental, es la misma en todas partes, sus variantes son múltiples, de acuerdo con los tipos raciales que encuentra, entendiéndose por características raciales tanto lo somático como lo psíquico. Dentro de nuestras fronteras geográficas se mueve una multitud de seres de las más diferentes razas, cuyo amalgamiento está aún muy distante de haberse efectuado como en otros países, en los cuales se ha formado un tipo humano propio, definido y característico, cuyas líneas somáticas y psíquicas responden a una adaptación geobiológica determinada. Tenemos así la pobreza en los cuadros clínicos de nuestra raza autóctona, raza en la cual su característica esencial es ese perpetuo resentimiento y desadaptación con el mundo, estática dentro de sí misma, rígida dentro de normas sociales milenarias y en pugna constante con todo lo extraño. " El espíritu de esta raza, parece que hubiera sufrido un sacudimiento tan profundo, que lo hubiera dejado inmóvil, en un punto de su evolución progresiva, permaneciendo desde entonces en una completa inmutabilidad; de manera que, psicológicamente, es el indio en nuestros días, en el orden de los tipos morales, lo que el Mahamud conservado por las nieves del mar siberiano, en el orden de los tipos orgánicos" (1).

Frente a este tipo de hombres, que forman la mayoría de nuestra población, tenemos al elemento moderador blanco, que trajo a estas tierras características opuestas. La raza blanca representa el sentido teórico y práctico de la cultura actual, la técnica y la organización social. Dos razas con dos características: la una, estática, pasiva, resignada y resentida; la otra, rebelde, soñadora y dinámica. Vienen después los compuestos ulteriores étnicos, aportando, en especial el continente negro, su sensualidad y su magicismo. De esta amalgama de hombres, de tan distintas partes del mundo, con maneras tan opuestas

1) Luis Carranza: Colección de artículos, 1885.

de pensar y de sentir, no ha salido aún el tipo mestizo puro, del mestizaje forjador que constituya el factor decisivo y fundamental de la nación. Desgraciadamente, en nuestro país, no se ha logrado todavía efectuar la primera fase del mestizaje que avanza hacia la formación de un tipo étnico determinado. Cada tipo racial presenta sus propias características mentales y sus propias tendencias y sus propios intereses. Quizás tenga razón el autor que dice que vivimos en un caos étnico, en un caos que desata las fuerzas formadoras del mañana, de un mañana racial por demás incierto, porque es la lucha entre el hombre sombrío y atormentado de las altas punas y el hombre sonriente y objetivista de la costa cálida, representando la antítesis mental de dos mundos diferentes y que, por razones no bien determinadas, no han logrado mezclarse y darse entre sí sus caracteres etnológicos.

Para encauzar mejor el estudio de la demencia precoz o esquizofrenia en el Perú, iniciaremos el primer capítulo de este trabajo haciendo un breve esbozo histórico-crítico del problema de esta enfermedad y de su posición en el presente. Con este estudio no esperamos aportar ningún hecho saltante. Nuestra labor consiste, principalmente, en la recopilación de datos estadísticos verificados durante nueve años en el Hospital "Víctor Larco Herrera". Tales datos nos pondrán de manifiesto una variada gama de hechos, de razas, de medios geográficos y sociales, etc., que nos harán meditar sobre las maneras tan diversas y las circunstancias tan diferentes que plantea este trastorno mental. Al hacer esta labor de síntesis podremos apreciar mejor la marcha y fijar puntos dispersos dentro de la variedad de las concepciones clínicas de todo este vasto y rico conjunto, con relación a nuestro medio.

CAPITULO I

Esbozo histórico

El concepto que hoy tenemos sobre la demencia precoz o esquizofrenia es la resultante de un largo proceso en la historia de la medicina y cuya eclosión no tiene aún un siglo desde el día en que MOREL habló por primera vez de ella en 1851.

Seguramente, este trastorno mental no pasó desapercibido por los médicos de la antigüedad clásica, pero sus conocimientos estaban imbuídos por el sortilegio, la magia y el origen demoníaco de los trastornos de la mente. Como fuente eterna, brillante por sus atisbos ge-

niales, tenemos el libro inmortal del gran maestro de Cos, quien fué el primero en observar en las mujeres trastornos mentales con la aparición de los primeros menstruos. Sin embargo, a pesar de que HIPOCRATES asignaba al cerebro la dirección principal del intelecto y como causa de las enfermedades del alma, las corrientes médicas de la antigüedad se guiaron, a este respecto, por las influencias místicas y demoníacas. Salvo descripciones acertadas de la epilepsia y de la melancolía, nada hay sobre otras enfermedades de la mente. Durante siglos las escuelas médicas vivieron de las ideas hipocráticas y galénicas sin atreverse a variar las concepciones de estos dos grandes maestros.

La Edad Media siguió el mismo camino, siguió pensando en materia de medicina mental como en los tiempos de nuestra más remota historia. Salvo casos aislados, obra de monjes, tales como BARTHOLOMEUS ANGLICUS, quien, a mediados del siglo XIII escribía observaciones inteligentes sobre los trastornos mentales en su obra "Las propiedades de las cosas", muy poco hay de original e interesante.

Sólo cuando el empuje hacia una renovación de las tendencias culturales trae como consecuencia un redescubrimiento de las amplias posibilidades del espíritu humano es que la medicina toma su puesto dentro de la caravana y comienza a marchar siguiendo, no ya las tendencias y las crencias de la medicina clásica, sino las propias iniciativas que la experiencia y la observación le dictaban. Fué así cómo el gran anatomista inglés WILLIS señalaba en 1672 a jóvenes que hasta un momento dado de su vida aparecián inteligentes, de improviso caían en la imbecilidad más completa. SYDENHAM en el siglo XVIII señala hechos análogos en su descripción sobre la estupidez; según él ésta se instala frecuentemente después de una fase de manía o de melancolía.

PINEL, en su "Tratado Médico-Filosófico", hace un esbozo de clasificación de las enfermedades mentales haciendo separaciones precisas, unas veces y, otras, englobando cuadros diversos dentro de una misma denominación. En el capítulo sobre la estupidez encierra, ya sea los cuadros típicos de oligofrenia, ya sea lo que más tarde se denominó demencia precoz, aunque no de manera clara. Observó, como lo hicieron WILLIS y SYDENHAM, que adolescentes hasta entonces normales, desde el punto de vista mental, sufrían un decaimiento de sus facultades intelectuales. ESQUIROL hace la misma observación y separa estos cuadros del idiotismo congénito, creando para estos tipos de enfermos una nueva entidad denominándola *idiotismo accidental o adquirido*. SPURZHEIM nota que muchas niñas, teniendo *disposiciones precoces*, presentan un estado melancólico que llega a la demencia.

La importancia y la significación de los síntomas clínicos observados por estos autores no fué debidamente valorizada porque le fal-

tó la sistematización necesaria y modeladora que diera a sus entidades una cohesión sólida.

Fué en el siglo XIX en que comenzó a florecer la directiva fecunda en la investigación de los misterios del alma. Con las enseñanzas de PINEL, que abrieron las puertas de los asilos al estudio concienzudo de los *locos*, convertidos en enfermos, la psiquiatría comenzó a adquirir un rol dentro las ramas del saber médico. Todos los espíritus volcaron su idealismo en la mejora de los metodos asistenciales, comenzaron a estudiar la mente, la psicología empezó a emerger de la filosofía y de la metafísica y los médicos de todas las escuelas principiaron a observar el curso de los enfermos mentales y a anotar el desarrollo de estos procesos patológicos.

CLAUDE BERNARD trae un aporte genial a los estudios médicos: la Fisiología Experimental, esta fisiología cuyo horizonte promisor hacía exclamar a FLUORENS, intuyendo el porvenir de la psiquiatría en su estrecha e íntima relación con los procesos funcionales orgánicos:

> "La folie est une des maladies qu'on a étudiées le plus tard, parce que c'était une de celles qu'il était le plus difficile d'étudier. Mais aujourd'hui que la physiologie, aujourd'hui que la philosophie ont fait tant de progrés, l'application de ces progrés a l'étude de la folie, étude si intéressante et si triste, n'est-elle pas un des premiers besoins de la science et l'un des premiers devoirs de l' humanité?"

Siguiendo estas normas que preconizaba FLUORENS, MOREL escribe dos obras fundamentales para la psiquiatría: "Traité sur les Maladies Mentales" y "Etudes Cliniques". A través de ellas, hace un estudio original de la mente humana en sus relaciones con la medicina, con el medio que la rodea, con la educación, etc. Estos estudios integrales y precursores de la labor en el campo de la psiquiatría traen un aporte fecundo; en ellos se menciona por primera vez a la demencia precoz. Al hablar del problema de la educación y de su influencia posterior en el determinismo de los trastornos mentales, hace resaltar la importancia que tienen estos factores en la adolescencia. De esta manera, por su concepción y las tendencias que en su obra expone, MOREL se adelanta a las corrientes e ideas de ciertos grupos de investigadores contemporáneos que sostienen el mismo criterio y que la escuela norteamericana, con ADOLF MEYER, la clasifica como tipo de reacción. MOREL da así, con una simple palabra y una anotación avanzada, comienzo a una controversia y a un problema que hoy engloba a toda la psiquiatría y es el punto misterioso y apasionante de su

núcleo fundamental, porque significa la evolución y hasta la revolución de los conceptos actuales. MOREL decía, en el parágrafo sobre la educación :

> "Les influences funestes excercées par une meauvaise éducation peuvent etre envisagées de differentes manieres. Les traitements barbares, ou tout au moins la séverité outrée, l'eveil trop precoce, chez les enfants, d'idées intellectuelles qu'ils ne sont pas en état de comprendre des sentiments qui ne sont en rapport avec leur age, le manque absolu d'education dans un cas, la direction vicieuse dans un autre, son autant des circonstances qui agissent d'une maniere funeste sur le cerveau des enfants *et déterminent une démence précoce.*"

De las descripciones que MOREL da en sus "Etudes Cliniques" sobre la forma como se presenta este trastorno puede deducirse que él distinguía los siguientes elementos para determinar el curso de la enfermedad, a saber : que es de aparición precoz, por afectar siempre a individuos durante la adolescencia; que su evolución es rápida, llevando al enfermo a la demencia en plazo más o menos breve. Con este esquema planteado sin pretender formar el mayor problema psiquiátrico, el maestro francés traza los comienzos de este arduo e intrincado misterio de los estudios mentales.

DELASIAUVE (1852), contemporáneo de MOREL, señaló en alienados jóvenes una alternancia de fases de estupor estático y de agitación turbulenta con gestos afectados y grotescos, risas convulsivas e impulsos, notando igualmente adelgazamiento, palidez de la cara, cefalalgia y lentitud del pulso, hechos éstos que tenían, según él, por causa los traumatismos craneanos, las convulsiones y la masturbación.

Hacia 1865, KAHLBAUM estudió, bajo el nombre de *hebefrenia*, la alienación mental de los adolescentes. Insistió sobre su carácter demencial y la consideró incurable. Uno de sus discípulos, HECKER, publicó la primera descripción de esta enfermedad en 1871, estableciendo que aparecía entre los 18 y 22 años y que el inicio se caracterizaba por un estado melancólico; que los enfermos eran deprimidos y a menudo tenían ideas de suicidio, aunque, a la inversa de lo que pasaba en los adultos con melancolía, el sentimiento de tristeza era superficial y variaba sin motivo, pareciendo como si los enfermos jugasen con las sensaciones melancólicas, como si a su tristeza sucedieran bruscamente accesos de alegría con risas y actitudes absurdas, de suerte que, según los momentos, existían en el delirio los contrastes más grandes. A veces, las ideas de persecución y las tendencias eróticas daban un color especial, aunque durante corto tiempo, a los sentimientos de tristeza, dejándose los enfermos llevar por impulsos, realizando actos sin finalidad y que, a menudo, tenían los visos de ser hechos expresamente y de ser perversos *ad absurdum*. Tanto en su es-

critura como en su lenguaje, los hebefrénicos, según el autor citado, buscan provincialismos o términos de *argot* por debajo de su educación; hacen descripciones poéticas ampulosas y de un sentimentalismo exagerado, siendo sus propósitos pueriles y contradictorios.

Estos trastornos psíquicos tienen como marco una especie de debilidad mental que se acerca mucho a la demencia, sin ir, no obstante, hasta la nulidad intelectual. El debilitamiento de la inteligencia es rápido y constituye el carácter esencial de la enfermedad, permitiendo distinguirla de otra forma de alienación mental caracterizada por alternativas de excitación y depresión. Desde el punto de vista etiológico, HECKER invoca como causa de la hebefrenia, los traumatismos craneanos y el onanismo.

La concepción de KAHLBAUM no fué admitida por todos los autores. El término mismo de *hebefrenia* suscitó discusiones. GUISLAIN, GRIESINGER, EMMINGHAUS, KRAFF-EBING, pensaban que no existía una alienación mental propia de la pubertad, pero que sí podían sobrevenir locuras de diversos tipos en ese momento de la existencia.

KAHLBAUM admitió después otras dos formas dentro de la hebefrenia y llegó igualmente a modificar su opinión según la cual dicha enfermedad era incurable. Las dos sub-formas que introdujo después, según él, eran curables y correspondían a jóvenes con desviaciones del sentido moral. A este tipo de cuadros los denominó *estados hebefrenoides* o *hebroidofrenia*.

En 1874, KAHLBAUM observó otra forma de alienación mental que parecía tener, como la hebefrenia, relaciones estrechas con la pubertad. La estudió bajo el nombre de *catatonía*. Este trastorno se caracterizaba, primero, por alternativas de excitación y de estupor, que aparecían bajo un fondo demencial y que se acompañaban de ideas delirantes variables; segundo, por trastornos motores espásticos.

La catatonía posée, según KAHLBAUM, causas análogas a las de la hebefrenia. El autor hace jugar un rol importante al onanismo, a los excesos sexuales y a la fatiga debida a los estudios. Se trata, en suma, de un síndrome que en ciertos aspectos hace recordar a la hebefrenia, pero que se distingue de ella por la existencia de contracturas especiales, por la evolución menos constante hacia la demencia, por su aparición en sujetos que no presentan ninguna herencia psicopática.

Con todo, la separación de estas dos enfermedades no parece ser absoluta para todos los autores. Así, para FINK, aunque subraya los caracteres diferenciales de estos procesos, admite formas intermediarias o asociadas. ASCHAFFENBURG, MOUS, SEUKHANEFF, aproximan la catatonía a la hebefrenia. Más tarde, GILBERT-BALLET y DUPRE la reunirán bajo una misma descripción con el nombre de *hebefrenocatatonía*.

La discusion entre las escuelas francesa y alemana se basaba en dos concepciones y maneras diferentes de apreciar ciertos trastornos mentales. Los discípulos de MOREL veían en las demencias juveniles una forma de degeneración mental particular y no le acordaban ninguna influencia patogénica a esta edad de la vida en el determinismo del trastorno. Por el contrario, KAHLBAUM y sus discípulos pensaban que se trataba de una verdadera locura con características especiales.

Estre estas dos concepciones aparece una opinión intermediaria de la cual MAUDSLEY hace el siguiente resumen:

> "El desarrollo de la pubertad es de tiempo en tiempo la ocasión de un acceso de alienación mental, sobre todo si existe una predisposición hereditaria."

Por último, CLOUSTON, de Inglaterra, hablaba de *adolescent insanity* antes de que el gran maestro alemán iniciara su labor científica. Sus estudios los basó sobre observaciones hechas en jóvenes de 16 a 25 años y en las cuales se presentaban formas maníacas o melancólicas.

El año de 1893, KRAEPELIN marca una etapa en la psiquiatria. En ese año empieza la época de la sistemática en sus estudios y la clasificación de los trastornos mentales de acuerdo con los datos de la clínica y de larga y paciente observación de enfermos, seguidos con constancia verdaderamehte asombrosa por este investigador, que ha dejado establecidos los fundamentos de la psiquiatria contemporánea.

Cuando KRAEPELIN publica ese año sus primeras observaciones concretas sobre esta nueva entidad, llamada por él *demencia precoz*, hacía ya mucho tiempo que este profesor alemán había seguido la vida de muchos de sus enfermos y anotado sus incidencias con el transcursó de los años. Fué así, mediante esta paciente labor, que pudo estructurar su concepto clínico. Teniendo tan rico material de estudios, pudo ver a través de sus innumerables historias clínicas que todos estos tipos clasificados por KAHLBAUM y HECKER como hebefrenia y catatonía, tenían un final idéntico, lo mismo que muchas otras formas de alienación mental hasta entonces estudiadas separadamente. KRAEPELIN no estuvo guiado por ideas preconcebidas, su espíritu investigador se dedicó a comparar, a diferenciar, a sintetizar y analizar los hechos, considerando el conjunto del cuadro clínico de cada enfermo. De sus observaciones clínicas extrajo la más grande estructuración psiquiátrica sobre la cual reposan hoy los conocimientos modernos, aproximando aún más la psiquiatría hacia la medicina. No fué ya aquélla una rama menor de la neurología sino una entidad aparte dentro del cuadro de las ciencias médicas. Con el transcurso de los años

fué cambiando y modificando su concepto y, a la vez, reduciéndolo dentro de marcos cada vez más rígidos.

Las ideas fundamentales de KRAEPELIN pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

1º.—Similitud y especificidad de los estados terminales;
2º.—Carácter intercambiable de los síntomas, y
3º.—Herencia similar.

Desgraciadamente, estas tres características que asignaba KRAEPELIN a la demencia precoz no se presentaban todas con la nitidez que él las enunciaba. Al describir, por ejemplo, los estados terminales, no precisaba con exactitud cuál era la forma de terminación fatal de estos trastornos, dándoles el nombre, algo vago de *demencia* (*Verblodung*, *Verblodungzustände*), con lo cual borraba lo que el deseaba poner en claro, pues igual designación les daba a las fases finales de la parálisis general, de la epilepsia. Aun buscando las diferencias que él creía esenciales entre la demencia precoz y la terminación de las otras psicosis, aquéllas eran insignificantes comparadas con el cuadro realmente esencial que distingue a estos estados en su diferenciación con la verdadera fase terminal de los dementes precoces.

Por lo que respecta al carácter intercambiable de los síntomas puede serle aplicado el mismo concepto del párrafo anterior. Desgraciadamente, los síntomas de cada tipo clínico de demencia precoz no se presentan con la delimitación teórica que se aprecia a través de un esquema. En cada tipo hay siempre síntomas de otros cuadros de demencia precoz que se van presentando en el curso o evolución del proceso. Las alternancias o variantes no son en realidad sino manifestaciones exteriores de un mismo proceso fundamental, por lo que no se pueden tomar como definitivas y absolutas estas manifestaciones accidentales sino apreciar en ellas las respuestas objetivas que da el proceso básico, siempre subyacente. Más aun, en un mismo sujeto pueden existir simultáneamente los caracteres clínicos de todas las formas de demencia precoz o alternar sucesivamente en el curso de la enfermedad. Este fué el error de quienes precedieron a KRAEPELIN en la formación de las entidades clínicas, apreciando simples momentos de la enfermedad cuando, en realidad, se trataba de fases de un mismo proceso psicopatológico, que fueron descritas como formas independientes. KRAEPELIN, con su sistemática, probó que todas estas formas eran parte integrante de un cuadro único con lo cual trató de demostrar la unidad clínica de la demencia precoz.

El último punto de los rasgos fundamentales de su definición es importante, pues juega un papel principal en los estudios de la psiquiatría contemporánea. Al estudiar el pasado familiar de sus enfermos, KRAEPELIN observó algunos tipos de dementes precoces, descubriendo que en individuos con una forma clínica determinada había en sus

familiares muchos con otras formas clínicas de demencia precoz o con cuadros fronterizos a ellas, lo que fué un aporte importante dentro del criterio de la unidad de la afección mental.

Vemos así cómo de estos rasgos que KRAEPELIN dió a la demencia precoz se desprenden una serie de consideraciones que dan después origen a multiplicidad de direcciones al problema, hasta ese momento aparentemente simple y que vino a complicar la noción que primeramente se tuvo de él. Frente a la primitiva idea de que la demencia era en realidad precoz, se comprobó que no había tal hecho y entonces aquéllo que se creía substancial del cuadro clínico perdió su valor. La precocidad no caracteriza fundamentalmente a este trastorno mental ni afecta al diagnóstico, ni impide la noción clara de un demente precoz adulto, pues, según KRAEPELIN, más de las tres cuartas partes, o sea un 74%, comenzaban después de los 25 años. Algunos autores han visto casos de *demencia precocísima* y hasta de *dementia infantilis*, la primera observada por SANCTE DE SANTIS y la segunda por HELLER.

Pero los comienzos del proceso individual se pierden, por lo común, tras un espeso velo, debido sobre todo a la ignorancia familiar, más acentuada en países de cultura inferior, por lo que los investigadores se encuentran muchas veces imposibilitados de dilucidar su iniciación. Así como los primeros síntomas son difíciles de precisar, también lo son los deficitarios, que conducen a la demencia real, quedando el pronóstico en la incognita o librado a la experiencia clínica del psiquiatra observador. Si es verdad que, hasta hace poco, un cierto número de enfermos iban irreparablemente hacia el déficit intelectual verdadero, la demencia, hoy este curso ha variado en muchos casos, merced a la introducción de nuevas técnicas y procedimientos terapéuticos. Igualmente es aceptable que un número determinado de casos se detienen en el curso de su enfermedad y permanecen estacionarios dentro de ella, sin acusar una deterioración manifiesta. Existen otros que, sin estar sometidos a tratamiento alguno, recluídos en los hospitales, mejoran de improviso, se adaptan y curan de sus dolencias mentales. Muchas veces también, algunos vuelven a enfermar, tienen lo que podría llamarse sus *poussés* y, en otros casos no se trata sino de un episodio de su vida carente de consecuencias.

Otro de los puntos que se desprende de la concepción kraepeliniana es la cuestión de encontrar el núcleo fundamental en la base de todos los trastornos variados que se presentan en las formas clínicas que engloba la demencia precoz. KRAEPELIN señalaba dos grandes grupos que, según él, caracterizaban el núcleo de ésta, a saber:

1º—Un debilitamiento de los móviles afectivos que, en el individuo normal, activan las funciones del querer.

2º—La pérdida de la unidad interior que liga nuestras facultades mentales de una manera armónica, nuestros sentimientos y nuestras

voliciones. Esta unidad interior ha sido relievada por STRANSKY, quien la ha llamado *coordinación intrapsíquica.*

Por lo tanto, lo que entra en juego, según KRAEPELIN, es el factor afectivo y el factor volitivo, como hechos fundamentales en el trastorno esencial de la demencia precoz. Según estos dos factores, tenemos que el primero de ellos lleva al individuo a la incapacidad de dominarse y moverse espontáneamente, a la inercia y a la anafectividad. El segundo de los factores trae como consecuencia la falta de cohesión entre las diversas facultades psíquicas y es lo que CHASLIN, anticipando un concepto que más tarde desarrollaría BLEULER, llamó *folie discordante.* Estos dos grupos de síntomas fundamentales no están separados y coexisten dentro del mismo sujeto, según lo demostró KRAEPELIN.

Vemos igualmente, de acuerdo con la noción de este autor, que los factores de orden intelectual vienen en segundo plano y que lo que prima en el trastorno son los factores afectivos y volitivos. La diferencia que antes no precisaba entre la terminación de la demencia precoz y la fase terminal de otros estados, tales como la parálisis general, aparece cada vez más nítida.

De estos hechos, expuestos por KRAEPELIN, se deduce que los síntomas aislados que antes servían para efectuar el diagnóstico de la hebefrenia, de la catatonía y de la paranoia, pasan a planos muy secundarios. Las alucinaciones, las ideas delirantes, los estados catalépticos, los estados de depresión o de excitación, no son ya sino manifestaciones clínicas, datos para encontrar la pista del diagnóstico, pero no para hacer el diagnóstico mismo, pues, como lo enseñó el propio KRAEPELIN, estos síntomas no tienen nada de constantes, de aquí que establecer el diagnóstico por el método que los psiquiatras franceses llaman *échantillonnage* es absurdo. Lo fundamental es tomar a la persona como unidad indivisible y estudiarla bajo todos sus aspectos, no solamente personales sino todos aquellos que tienen importancia directa o indirecta para el individuo. Cuando hablemos a continuación de la obra de MEYER en la psiquiatría veremos la importancia que tiene para ésta la introducción de lo que llamó este investigador americano la psicobiología.

Un estudio clínico puro de la demencia precoz es insuficiente. El gran mérito de BLEULER consistió en conducir a la psiquiatría hacia el estudio de la psicopatología y orientar el cuadro hacia ese ángulo sobre cuyas bases tiene que reposar el concepto clínico. Con la penetración de la psiquiatría dentro de ese amplio campo, los conceptos y sobre todos los síntomas se han enriquecido notablemente.

Después que KRAEPELIN traza su concepción clínica y propone una sistemática en psiquiatría, aparecen sucesivamente multiplicidad de tendencias e infinidad de críticas a las ideas de este autor. Los psiquiatras franceses pretendieron aislar ciertos tipos que considera-

ban fuera del cuadro de la demencia precoz. CHASLIN separó lo que llamaba *folie discordante* del grupo de la demencia precoz cuando en realidad no hacía otra cosa que describir los cuadros clínicos de KRAEPELIN de manera personal y peculiar. REGIS pretendió estrechar el cuadro de la demencia precoz describiendo algunas formas clínicas de confusión mental como entidades aisladas e independientes. Otros autores negaron que el delirio sistematizado crónico de MAGNAN pudiera englobarse dentro de las formas descritas como demencia precoz. En vista de esto, KRAEPELIN designó a las psicosis alucinatorias crónicas de los franceses con el nombre de *parafrenias*.

Toda esta discusión hacía entrever, desde el comienzo de la gran sistemática psiquiátrica, las graves discordancias del futuro, por lo confuso del problema y por lo vasto de su extensión. Si bien hoy las discusiones se acercan más y más hacia la bioquímica, la fisiopatología y la experimentación, la incógnita del problema está muy lejos de resolverse y los divergentes puntos de vista de llegar a una síntesis clara de este mar que no deja vislumbrar ningún horizonte.

Más o menos por la época en que KRAEPELIN iniciaba su gran sistemática, en Estados Unidos ADOLF MEYER fundaba una nueva doctrina sobre la que habría de basarse el tratamiento psiquiátrico. Esta nueva doctrina, denominada por él *psicobiológica*, encaraba una nueva manera de apreciar al paciente en la totalidad de su ser y en relación consigo mismo, con el mundo que lo rodea, cómo se comporta y cómo reacciona en cualquier instante de la vida y en cualquier situación que se halle. MEYER decía que la psiquiatría tiene como fin organizar situaciones vitales y como el paciente es un ser organizado y en perpetua actividad, el deber está en dar a sus procesos la orientación lógica respectiva. MEYER desechaba la honda preocupación por el diagnóstico mental de los enfermos. "¿Porqué nos cegamos, preguntaba, con la idea de la enfermedad?.... Consideremos como acontecimientos las manifestaciones de la vida de un enfermo". Por el estudio de todas las manifestaciones de la vida del enfermo, MEYER introdujo un nuevo concepto en psiquiatría, que fué la dinámica en la vida emocional.

Por la importancia de estos trabajos y por el rumbo que tomaron en los estudios psiquiátricos, se desarrolló un mejor conocimiento de la personalidad, como formando parte integrante del organismo humano. No sólo se limitó la escuela norteamericana a un conocimiento del enfermo desde el momento en que comenzó a serlo sino que investigó los rasgos característicos desde el nacimiento hasta la entrada de éste al hospital, Todo rasgo, por insignificante que fuera, tuvo importancia y nada dejó de anotarse en el historial de su vida prehospitalaria. Nace así el *curriculum vitae* que es, se puede decir, el esquema

escrito de lo que el paciente fué cuando no se vislumbraba o pasaba inadvertido para los demás lo característico de sus rasgos mentales y somáticos.

STRECKER y EBAUGH resumen el concepto psicobiológico de la siguiente manera: ".....La concepción psicobiológica empieza por extender la hipótesis de que todas las actividades de un individuo deberían ser estudiadas en relación de una contra otra en su ambiente particular. En donde las lesiones estrictamente orgánicas pueden ser demostradas, éstas deberían ser evaluadas y tratadas con relación al cuadro total. Donde las causas psicogénicas son las características predominantes en la etiología, deberían ser estudiadas, desde el origen, si es posible, y estudiando las fases sucesivas en el desarrollo hasta completar el cuadro actual, desde que se considera que la función mental obra de acuerdo con ciertas leyes que son tan fijas como las de la física, de lo cual se deduce que estas leyes operan de modo igual para los enfermos mentales como para los de mente sana. Ninguna identidad diferente es acordada al así llamado intelecto, desde que el concepto de este último fué sólo artificialmente creado para explicar la función mental, la cual reposa sobre la estructura heredada y sobre procesos fisiológicos como el metabolismo, oxigenación, etc. Pero ambas cosas, la estructuración y la función fisiológica, son modificadas en su concepción por las fuerzas del medio, a través del hogar, la escuela, la familia, comunidad, ocupación, religión, recreos, necesidades económicas y sexuales. La función intelectual emergió como una nueva cualidad en el proceso evolutivo, pero está íntimamente relacionada con el proceso biológico total que lo motivó. De aquí que todo lo que ha intervenido en la formación del hombre es una parte de su personalidad y está consecuentemente relacionado con cualquier desorden de la personalidad."

"El punto de vista pluralista es ofrecido como el de sentido común con respecto a los puntos en controversia de la herencia, predisposición congénita, constitución, infección, trauma sexual, ambición de poder, etc., como factores etiológicos. El diagnóstico y el tratamiente deben ser activos, dinámicos en carácter, para corresponder al cuadro genético-dinámico del desarrollo y del desenvolvimiento de la personalidad. Cuando nosotros tratamos de establecer las leyes que gobiernan las acciones de la función intelectual, nosotros hallamos que ello es mejor tan pocas generalizaciones y teorías preconcebidas y a seguir el laborioso pero productivo método de estudiar cada caso como un 'experimento de la naturaleza' diferente, permitiendo a ese caso el presentar su propia etiología y crecimiento (STRECKER and EBAUGH)."

Vemos, a través de estas líneas, la importancia que para la psquiatría tiene la concepción de MEYER al estudiar la personalidad humana como un todo, como una unidad inseparable del mundo que la rodea y de las funciones internas que la animan. Con esta pauta biológica, se abre un horizonte amplio al tratamiento y a la reeducación de la personalidad que, en un momento determinado de su vida, torció

el rumbo de su existencia hacia situaciones desharmónicas, llevándolas hacia un derrumbe mental y éste representa, según la concepción psicobiológica, un fracaso en la adaptación a la vida.

En Francia, BINET y SIMON, en su "Definition des Principaux Etats d'Alienation", trataron de sentar las bases para definir tales estados y ayudar a una mejor comprensión de lo que es el verdadero estado mental. Tres son los puntos esenciales sobre los cuales reposa este estudio a saber :

1º—Es necesario tomar la alienación mental en su conjunto, a fin de confrontar constantemente las diversas partes ;

2º—Lo importante no son los síntomas sino el estado mental que los condiciona, y

3º—Cómo se comporta el conjunto que forman la inteligencia y el estado mental, la personalidad entera frente a los síntomas específicos.

Estos autores hablaban de formas de alienación mental poniendo a la demencia precoz dentro del cuadro de las demencias verdaderas, pero, como estos tres contienen ideas generales sobre las que tiene necesariamente que basarse un examen de todo proceso mental, ya que toma al individuo en su conjunto y los estados que condicionan sus trastornos vienen a caer dentro de la órbita de la esquizofrenia, como método conplementario para entender ciertos estados mentales que aparecen dentro de ella, Si nos guiamos de las tendencias actuales y, sobre todo, de la escuela norteamericana, que niega abiertamente el proceso demencial en la esquizofrenia, ésta vendría a ser, de acuerdo con las ideas de BINET-SIMON, un verdadero estado de alienación mental, poniendo así de manifiesto lo que la escuela norteamericana ya había hecho: el estudio de la personalidad del individuo tomado en bloque.

Sin embargo, BINET-SIMON no resaltan, como lo hace MEYER, la importancia del medio en la génesis de los trastornos mentales. De ambos sistemas de apreciación de los síntomas psíquicos podemos decir que no es ya el síntoma aislado lo más importante, que el estudio parcelado de las distintas actividades humanas no conduce al exacto conocimiento del núcleo fundamental del problema; es sobre todo y ante todo esencial conocer la totalidad del hombre, sus inquietudes, sus problemas, el ambiente en que ha vivido y desarrollado sus facultades mentales. De este juego constante de requerimientos vivenciales del hombre hacia el mundo y del cosmos incidiendo sobre cada individuo

es que parten los diferentes modos de reaccionar y adaptarse. De ahí que la historia anterior a su vida hospitalaria tiene tanta o más importancia, para el psiquiatra, que la carta clínica de su estado presente.

El año 1911, BLEULER expuso una nueva concepción del problema y propuso denominarlo, ya no demencia precoz, sino *esquizofrenia*. Seguía siendo, como para KRAEPELIN, una enfermedad mental, aunque difería en cuanto a su concepción clínica. Sin embargo, la sistemática de BLEULER alarga considerablemente esta entidad nosológica, pues la palabra "esquizofrenia" no solamente puede designar cuadros francos de alteración mental sino casos lindantes con lo patológico sin llegar a tal actitud. Esta escisión de la mente que es, en contraposición a la histeria, una escisión molecular, constituye la esencia de la esquizofrenia. CHASLIN afirmaba que su *folie discordante* se conformaba mejor con la *ataxia intrapsíquica* y con la *esquizofrenia* que con la concepción kraepeliniana.

Dentro del concepto dado por BLEULER de la esquizofrenia se plasman dos tendencias psicopatológicas, a saber: el aspecto clínico y el psicológico de los estudios psiquiátricos con la concepción psicoanalítica de FREUD. Es, como dice MINKOWSKI, un punto de intersección entre dos corrientes poderosas.

En el cuadro clínico hay que distinguir dos aspectos:

1º—Síntomas primarios del pensamiento esquizofrénico, que se resumen dentro de los siguientes puntos:

a) **Ideas que lógicamente enlazadas no guardan relación entre sí y que, sin embargo, se hallan relacionadas en la mente del enfermo.**

b) **Multiplicidad y combinación de ideas en un proceso de condensación.**

c) **El empleo de símbolos, que un sujeto de conciencia normal no hubiera utilizado sino preferido la expresión real.**

d) **La vaguedad de las definiciones en contraposición con la actitud normal que concreta las declaraciones con el fin de hacerlas comprensibles.**

e) **Ambivalencia.**

2º—Síntomas secundarios, que comprenden:

A) **Contenido de las psicosis cuyos aspectos son los siguientes:**

a) Delusiones (en general).
b) Ilusiones.
c) Alucinaciones (en general).
d) Negativismo.
e) Estereotipias.
f) Estados catatónicos.

B) El autismo.

Dentro del aspecto psico-clínico hay tres factores importantes que reconocer y sobre los cuales descansa el concepto de BLEULER:

1º—Los trastornos del pensamiento, en los cuales hay una pérdida de las unidades lógicas por carencia de ideas directrices, perdiendo así el pensamiento su valor pragmático. Los pensamientos, estando eslabonados dentro de una cierta dirección, carecen de sentido y de valor por no corresponder al momento ni a la realidad.

2º—La pérdida del contacto afectivo, como si frente a los extraños el esquizofrénico interpusiera un muro. La esfera afectiva se presenta como desconectada del mundo intelectual y hasta del paciente mismo, siendo ésta rígida y fija. BLEULER, al referirse a este aspecto, hablaba de *demencia afectiva* y MINKOWSKI, siguiendo su teoría, la llama *demencia pragmática*.

3º—La ambivalencia, el querer y no querer presentes en un mismo acto psíquico.

Es así cómo BLEULER describe el cuadro de la esquizofrenia que, contrariamente al de KRAEPELIN, cuya descripción clínica incluía cuadros sintomatológicos completos, muestra trastornos característicos y fundamentales. El concepto de la esquizofrenia viene a ser una expresión lata que englòba, no solamente lo patológico, sino que toca las fibras del psiquismo normal. Del concepto kraepeliniano que saltó los muros del asilo para investigar la vida que se desarrolló en torno del enfermo mismo, separando lo anormal de lo normal, al cuadro y extensión que da BLEULER a su esquizofrenia, hay una distancia inmensa y los límites de su estructura se pierden dentro de los pliegues de la mente normal, como la bruma hace imprecisos los contornos de las cosas. En realidad, BLEULER mismo decía que no había signo patonogmónico de orden negativo que permitiera excluir a la esquizofrenia. Quizás sea debido a que este autor hizo del estudio de la esquizofrenia el centro fundamental de sus investigaciones psiquiátricas y sobrevaloró este trastorno. El lado original de los estudios de BLEULER reside en la introducción de técnicas diferentes para estudiar este proceso y el aspecto nuevo del problema consiste en la adaptación del psicoanálisis a los estudios psiquiátricos. Dentro del aspecto psicoanalítico, BLEULER distingue dos partes que son: 1º. el contenido de la psicosis, y 2º. el autismo.

El primer punto se deriva de las ideas enunciadas por los sostenedores del criterio psicoanalista que afirman que la base de ciertos

trastornos mentales tiene por origen un poderoso factor moral, que genera la idea del trastorno ; pero esta idea viene a diluírse paulatinamente dentro de factores afectivos de la vida diaria. El trastorno viene a imbricarse, no en representaciones, sino en acontecimientos que tienen que hacer directamente con nosotros mismos. De este hecho algo brumoso, que el tiempo hace impreciso, nace el sentido del complejo en psicoanálisis. El complejo no es, en realidad, sino un grupo de recuerdos, dentro del psiquismo mórbido, provisto de gran carga afectiva, ya que se encuentra desligado de los lazos que en una mente normal hubieran sidos concatenados dentro de la unidad del devenir individual. El pensamiento autista es la expresión del lenguaje misterioso que los esquizofrénicos poséen para explicar sus ideas y concepciones psíquicas. Tras el abigarramiento y la actitud, el parecer incoherente, de sus expresiones, se esconde un mundo inmenso de símbolos, que sólo el estudio paciente puede hacerlos inteligibles. Interpretarlos y darles formas coherentes para encontrar su significado es la ardua labor del psiquiatra, quien debe penetrar en el mundo poblado de ensueños, actitudes en apariencia estúpidas y gestos asaz extraños. Estos actos simbólicos, en el fondo de su esencia, no son sino tentativas del enfermo para guardar en lo más hondo de sí mismo el sentido real que para él poséen. El complejo o los complejos dominantes en él se enmascaran por la expresión de este pensamiento que BLEULER denominó "autista". Factor primordial resulta entonces, para la comprensión de tales pensamientos, aquéllo que los alemanes llaman *empatía* (*Einfülung.*)

BLEULER calificaba a la esquizofrenia "enfermedad de dirección", dentro de la cual era la unión de los procesos psicológicos, la que estaba alterada, la armonía del intelecto, perdiéndose las conexiones lógicas del lenguaje. Por eso, en el enfermo mental hay que buscar el mayor número de factores normales posibles. En la concepción de BLEULER se unen, así, dos tendencias para encontrar dentro de los cuadros clínicos y en la interpretación lejana del pasado del enfermo los acontecimientos desencadenantes y determinantes de esta psicosis. En esta manera de ver el problema, los caminos no van ya a buscar datos patológicos, aun dentro de los mismos cuadros de normalidad mental, sino que, muy al contrario, en ella se tiende a buscar qué es lo que no se halla afectado, cuáles son las facultades mentales que quedan intactas o casi intactas. Y así tenemos, por ejemplo, que muchas veces recibimos la sorpresa de ver a un esquizofrénico dentro de un cuadro aparentemente demencial y que, en realidad, no existe tal demencia. STRECKER y EBAUGH dicen lo siguiente : "La etiqueta de *demencia* jamás debería ponerse en un caso de registro, a no ser que existiese una prueba inequívoca de una deterioración permanente y verdadera."

La demencia precoz o esquizofrenia ha sido siempre vista desde el lado clínico como una larga serie de trastornos psicológicos, que son los que han agrandado y enriquecido el cuadro. Estudio extenso y ordenado, lo comenzó, aunque exagerándolo, BLEULER y

hoy las escuelas psiquiátricas han continuado investigando ampliamente en este campo, cuya extensión es inmensa.

Como se ha visto, desde la eclosión del problema enunciado por KRAEPELIN y continuado por BLEULER, la discusión sobre este punto ha ido creciendo día a día, hasta convertirse en el campo central de los problemas psiquiátricos. En realidad, desde que BLEULER dejó sentado el conjunto de hechos psicológicos y psicoanalíticos, los autores que lo han precedido no han hecho otra cosa que estrechar o agrandar el concepto, según las ideas predominantes de tal o cual escuela. Los franceses han creído ver en la esquizofrenia algo diferente de la demencia precoz; pero ello es quizás debido a maneras peculiares de apreciar los trastornos mentales dentro de cada escuela. Sólo cuando MINKOWSKI inició un estudio amplio de las ideas de BLEULER es que la confusión creada fué paulatinamente desentrañada. Ciertos rasgos que los franceses han querido aislar dentro del cuadro de la esquizofrenia han sido, en verdad, hechos sobre detalles carentes de importancia, que no formaban el núcleo sustancial del problema. BLEULER mismo se admiraba, leyéndolos, cuando interpretaban sus ideas y en el Congreso de Psiquiatría de Ginebra del año de 1926 llegó a decir : "Cuando leo los trabajos franceses sobre esquizofrenia, tengo la impresión de ser un personaje legendario al cual se le atribuye a menudo palabras que él no ha pronunciado y actos que él no ha cometido."

El concepto de BLEULER, desde el punto de vista psicopatológico, ha sido modificado principalmente por GRUHLE, KURT SCHNEIDER, KLEIST, LANGE, RUDIN y LUXEMBURGER. Haremos un esbozo sintético de las ideas que diferentes autores han expuesto sobre el mecanismo psicopatológico de la esquizofrenia.

Para GRUHLE, el cambio profundo, la despersonalización del esquizofrénico, es debido a una conmoción del sistema de valores que llega muchas veces a la parálisis del yo. Este autor llamaba al trastorno psicológico del esquizofrénico "perturbación del acto psíquico."

MINKOWSKI, que representa a las nuevas tendencias de la escuela francesa, dice que en el esquizofrénico hay una pérdida del contacto vital y que el déficit, en el esquizofrénico, de cualquiera de sus esferas psíquicas, es un déficit pragmático.

ACHARD denominaba a la actitud de la catatonía en la esquizofrenia *etonnement* y CHASLIN al trastorno fundamental discordancia. CLERAMBAULT hablaba del *automatismo mental*.

Mdme. MINKOWSKA, en un análisis hecho de todas las esferas en el esquizofrénico, encuentra que : 1.°, la vida está opuesta al plan; 2.°, el instinto se opone al cerebro; 3.°, el sentido se opone al pensamiento; 4.°, la facultad de penetración que sintetiza es opuesta al análisis de los detalles ínfimos; 5.°, donde nosotros nos fiamos de las im-

presiones se piden pruebas; 6.°, el movimiento se opone a la inmovilidad; 7.°, los acontecimientos y personas se oponen a los objetos; 8.°, la realización se opone a la representación; 9.°, el fin se opone a la base; 10.°, el espacio se opone al tiempo, y 11.°, la sucesión se opone a la extensión. La autora en esta exposición, no hace en realidad sino reafirmar las ideas expuestas por BLEULER de que este trastorno se traduce en una disgregación entre la vida del hombre y la vida del mundo.

MAYER-GROSS califica a la esquizofrenia, en su trastorno fundamental, de *desintegración de la conciencia*. STRANSKY decía que era una *ataxia intrapsíquica* y BLEULER la definió como *trastorno de la integración*.

Para C. SCHNEIDER es la "perturbación general de la ejecución". BERZE define el trastorno como "hipotonía de la conciencia". Para este autor, lo que no podemos alcanzar y que es lo decisivo, es la perturbación fundamental de la cual dependen los síntomas primarios. Según él, la hipotonía de la conciencia sería la perturbación fundamental, que traería como consecuencia la insuficiencia de la actividad psíquica. Este concepto sería un equivalente de la "alteración cualitativa de la intencionalidad del yo", formulada por KRONFELD, o de la "mengua del arco intencional" de BERINGER.

En realidad, falta aún mucha luz sobre los mecanismos psicológicos en los procesos de alteración mental y las investigaciones hechas en este sentido sólo han empezado a abrirse camino. Toda la gran discusión sobre la esquizofrenia radica, en cuanto a interpretación clínica, dentro de estos imperfectos marcos psicopatológicos, y que, por lo tanto, hacen de la interpretación de los síntomas un campo intrincado, aunque fructífero, para una futura iluminación de los mecanismos psicológicos y psicopatológicos. Pero, ¿hasta dónde debe extenderse el concepto de la esquizofrenia? He ahí una de las cosas que más discusiones suscita. La verdad es que cada día ha ido englobando mayor número de trastornos mentales, encerrando dentro de su círculo unas formas y eliminando otras, según tendencias y manera de mirar la esquizofrenia.

CLAUDE y su escuela separaban las esquizofrenias debidas a trastornos orgánicos de aquéllas que no tenían *substractum* conocido. Según este autor, las esquizofrenias orgánicas serían incurables y llevarían a la demencia, en tanto que las psicogenéticas tendrían pronóstico favorable.

KLEIST, de la vieja escuela de WERNICKE, pretende separar lo más típico del cuadro de otras formas, dejando a éstas como "psicosis colaterales o marginales". A la inversa, KURT SCHNEIDER reduce el cuadro de la psicosis maníaco-depresiva y amplía el de la esquizofrenia. Para este autor, lo mismo que para BUMKE, son esquizofre-

nias la "parafrenia, la paranoia de involución y, sobre todo, cada paranoia psicósica de causa no esclarecida." Estos autores se basan en estudios efectuados sobre la herencia, sobre todo en familias de paranoides.

Para ADOLF MEYER y su escuela, la esquizofrenia sería un tipo de reacción frente al medio ambiente, que él califica de *reacción parergásica*.

KURT SCHNEIDER, siguiendo las ideas de SCHELER, introdujo en la psiquiatría el concepto del *estrato* en la vida del enfermo mental. Esta división en estratos de la personalidad ha sido empleada posteriormente por diferentes autores con el objeto de discriminar las esferas que, tanto cuantitativa como cualitativamente, se hallan afectadas en el enfermo mental. Esta concepción, basada en las reacciones de diferentes estados emocionales, principalmente en deprimidos, ha servido para diferenciar situaciones y reacciones que, aparentemente, eran similares y que, en realidad, tenían una conexión, una situación y una finalidad muy distintas. La escuela norteamericana, siguiendo a MEYER y teniendo presente el esquema psicobiológico, ha tratado de diferenciar lo que se encuentra más afectado en la esquizofrenia, cual es, el estrato que se halla involucrado en el trastorno más profundamente y que sirve, en realidad, para diferenciarlo de otros tipos de psicosis y aun de neurosis.

OTTO KANT dice que en el organismo psicobiológico pueden definirse tres estratos, a saber:

1.°—El somático, que es el más profundo y comprende las funciones del organismo;

2.°—El psicológico, que es el más elevado y está representado por las funciones psíquicas, y

3.°—Entre estos dos estratos se halla uno intermedio, que es el estrato vital y el cual tiene relaciones íntimas con ambos. Este último sirve de eslabón que une a las funciones más profundas con las más elevadas.

Cuando una diferenciación exacta es imposible de hacer de las esferas psicológicas respecto de las somáticas, cuando una serie de fenómenos son imposibles de referir con certeza a ninguno de estos dos estratos, porque su delimitación no existe al abarcar ambas esferas, hay que referirlos a este estrato intermediario llamado vital.

Haciendo un estudio amplio sobre la comprensión de los estratos, KANT subraya siete postulados psicopatológicos en la concepción de la esquizofrenia y de los cuales haremos un breve resumen.

Siguiendo el concepto que JASPERS introdujo en psicopatología respecto a la *empatía* o *comprensión empática*, muy diferente de la explicación (*Einfülundes Verteben* y *Erklären*), KANT señala la importancia que tiene este concepto para llegar a comprender cuándo está o no afectado el estrato vital. Sus postulados son los siguientes:

1.°—La comprensión empática está restringida al estrato psicológico; cuando el estrato vital está envuelto también, la comprensión empática es siempre incompleta.

2.°—Cuando la sintomatología está referida al estrato psicológico es unitaria y tiene más bien una cualidad expresiva. En cambio, cuando el estrato vital se halla involucrado, específicamente en la esquizofrenia, la sintomatología tiende hacia la discordancia y tiene un carácter más orgánico que expresivo.

3.°—La dinámica del estrato psicológico es de tendencia conativa; por lo tanto, puede ser comprendida como mecanismo psíquico normal. Cuando, sin embargo, el estrato vital es involucrado, los factores de la dinámica se encuentran parcialmente por debajo del dominio de la conación psicológica. Los mecanismos, por lo tanto, a pesar de exhibir una estructura análoga, pueden ser comprendidos en el sentido de "como si fueran así".

4.°—Las experiencias anormales restringidas al estrato psicológico son principalmente de carácter abstracto y formuladas de manera racional. La implicación del estrato vital es acompañada por la concretización de la experiencia y modelos mágico-prelógicos; en condiciones en las que las formas más profundas están activadas, el paciente no se identifica con ellas.

5.°—En el estrato psicológico, la actividad psicomotora está bien integrada y es todavía expresiva. En condiciones en las cuales se involucra el estado vital, la actividad psicomotora es, a menudo, desintegrada y regresiva hacia niveles más primitivos (estereotipias simples; prevalencia de ritmo), ocasionalmente parecida a perturbaciones orgánicas.

6.°—Cuando el estrato vital se involucra, no es infrecuente que se acompañe de cambios físicos de un tipo funcional u orgánico-cerebral, los cuales llegan más allá del dominio de las manifestaciones físicas psicogénicas. No tienen carácter expresivo de síndromes físicos, principalmente referidos al estrato psicológico.

7.°—En los casos en que la parte central del cuadro clínico parece ser el estrato vital, proporcionan la impresión de ser enteramente

genuinos. En aquéllos donde preferentemente está involucrado el estrato psicológico puede haber alguna carencia de genuinidad.

Dentro de estos siete puntos se desarrolla la concepción de KANT sobre la génesis de la esquizofrenia y él crée que "el verdadero síndrome esquizofrénico no está restringido al estrato psicológico sino que el estrato vital está siempre envuelto más o menos profundamente."

OSBORNE propone modificar el concepto de esquizofrenia y darle una nueva evaluación, denominando *paleofrenia* a ciertos tipos de este síndrome. Se basa para ello en los hechos siguientes :

1.°—Lo que sobresale es la naturaleza bizarra de la enfermedad, lo absurdo, lo extraño y lo no pronosticable de los giros de la afectividad, de las ideas y de sus conexiones.

2.°—Algunos síntomas psicóticos tienen un significado. Los psicóticos se apartan de la realidad y escapan de un conflicto con ella; reprimen las percepciones que obstruyen sus deseos, pero no reprimen los impulsos de los instintos.

3.°—El rompimiento con la realidad sigue un paso regresivo; el paciente se hunde dentro de aquel estado en el cual vivió antes de adquirir la función de la prueba de la realidad, posiblemente dentro de una etapa de prediferenciación del *ego* o de un prematuro desarrollo de éste (1).

4.°—El pensamiento del esquizofrénico parece caracterizarse por ser de un nivel genético anterior, con un poder de abstracción de orden más bajo.

5.°—Existe una regresión del razonamiento, diferenciación y abstracción hacia el sentimiento, la concretización y la percepción. Esto es muy diferente de la desintegración y de la demencia.

---

1) El año 1924, BALTAZAR CARAVEDO describió en su trabajo "Actitudes regresivas en los esquizofrénicos" algunas que consideró de sumo intéres en la evolución del proceso esquizofrénico. Señalaba dos actitudes para él características: la de flexión y la de extensión, describiendo a la primera como una regresión hacia el claustro materno, en tanto que la extensión, la actitud de la rigidez cadavérica, traducía un deseo negativista de supresión. La actitud flexiva reproduce, al envolverse el enfermo con los cobertores, la posición que probablemente ocupó *in utero*, la que va modificándose a medida que el enfermo sale de su estado negativista, reproduciendo de esta manera la progresión que el feto efectúa para salir al mundo. La actitud rígida, en cambio, no significa un retraimiento hacia el pasado sino un deseo de no existir, suprimiéndose de la realidad vital. Estas dos actitudes corresponden fundamentalmente al autismo, regresiones éstas a las que más tarde BROCHADO dió gran importancia en su interpretación del signo llamado "del gancho".

6°.—El pensamiento concreto, que parece ser característico de la esquizofrenia, es un tipo de pensamiento que se halla en los pueblos primitivos, y muy posiblemente usado por el hombre civilizado antes de llegar a las complejidades de la cultura.

7°.—El término *paleofrenia* vendría a indicar la regresión a un tipo de pensamiento más primitivo. OSBORNE incluye dentro de este término aquellos casos de esquizofrenia simple con síntomas e historia de pensamiento arcaico; en algunos hay delusiones y alucinaciones de naturaleza desagradable, posiblemente manerismos, comportamiento bizarro, manifestaciones negativistas y disminución en el pensamiento abstracto. Igualmente deberían incluírse los casos de esquizofrenia paranoide con delusiones pobremente sistematizadas, alucinaciones, pensamiento arcaico, disociación afectiva y regresión, pero no aquellos casos que dejen de mostrar pensamiento arcaico, proyección sin alucinaciones, deterioración o disociación afectiva. También, según el autor, los hebefrénicos y catatónicos pertenecen a la paleofrenia.

OSTANCOW hace un estudio de la esquizofrenia, de la ciclotimia y de la parafrenia, destacando lo impreciso de las delimitaciones nosológicas y mostrando las relaciones clínicas entre estos tres tipos de trastornos mentales. Señala que ninguno de ellos posée una etiología común, ya que su causa es desconocida, o que tengan un pronóstico preciso. Todas estas divisiones se basan en una sistemática sin *substractum* conocido, haciendo de una etiqueta clínica una entidad nosológica.

Para que un individuo se torne esquizofrénico tiene que poséer en cierto sentido "un terreno esquizoide". La esquizofrenia, dice OSTANCOW, no puede desarrollarse en una persona sin este fondo, no pudiendo resultar, por lo tanto, esquizofrénica una personalidad estable y bien integrada. La esquizofrenia, según él, es un producto sintético del psiquiatra clasificante.

Respecto de la parafrenia, jamás ha resistido la prueba de la experiencia psiquiátrica de aislársele como una entidad clínica; ella es más bien una clase especializada de reacción esquizofrénica. Dinámicamente, es un tipo degenerativo de paranoia y presumiblemente insurge de un suelo que suministra esquizofrénicos. Es una reacción especializada debido al hecho de desarrollarse tarde en la vida y, por lo tanto, no hay lugar para una deterioración intelectual o para una flexibilidad en el cambio de las delusiones, como sucede con la demencia paranoide. Está moldeada en parte por lo constitutivo en la personalidad del paciente, en parte por la edad y por la causa precipitante.

El mismo concepto clínico, aparentemente bien definido, de la ciclotimia, de la psicosis maníaco-depresiva, no puede ser expresada dentro de una forma nosológica. Los factores que precipitan los ataques maníaco-depresivos son numerosos y una de las leyes básicas de

la clasificación médica requiere una causa uniforme para una sola entidad. Es, por lo tanto, inconcebible que una sola enfermedad pueda manifestarse de manera tan heterogénea, acompañándose de pronósticos diferentes y que responden a variadas medidas terapéuticas.

OSTANCOW termina diciendo que "el vaciar dentro de una canasta de diagnósticos todas las clases de variadas repuestas es lógicamente absurdo. Es mucho más razonable el hablar sólo de un *tipo de reacción* en lugar de una enfermedad mental específica. El divorciar nuestro pensamiento de la necesidad de aprehender una etiqueta formalizada y reemplazarla con una necesidad para comprender el ciclo de la vida del total de pacientes parece ser la clase madura de razonamiento psiquiátrico."

Dentro de esta diversidad de criterios, siguiendo cada autor la escuela de donde vino, los problemas en psiquiatría y, en especial, el de la esquizofrenia, tienden a hacerse muy extensos y confusos. En realidad, dentro de cada interpretación hay evidentemente puntos de gran interés. La esquizofrenia es hoy un concepto muy lato, muy vago, que engloba diversos cuadros, pero lo esencial es que, en el proceso esquizofrénico, la personalidad sufre una transformación fundamental y el enfermo experimenta la sensación de sentirse otro, de no ser él mismo. No solamente existe una disminución en la capacidad de reacción y en la espontaneidad sino que, además, hay una perturbación cualitativa que se traduce en rigidez y pobreza de expresión, el enfermo se torna excéntrico, es desmesurado, incongruente y se inclina hacia lo paradójico.

GRUHLE dice del esquizofrénico que lo subjetivo en él "es el alejamiento interior del prójimo, la soledad esquizofrénica, que se ha designado algo exageradamente y de manera poco feliz como concepción esquizofrénica del mundo. Objetivamente, lo heteróclito, la conducta oposicional del enfermo. Y en la relación con el observador, se impone a éste la inaccesibilidad afectiva del esquizofrénico, igualmente debida al desorden de la motivación (conmoción del sistema de valores)."

Como vemos, el factor psicológico es de primordial importancia en la concepción de la esquizofrenia, en él radica toda la clínica y es su pilar más fuerte para llegar al diagnóstico. Lo esencial reside en poder comprender estos procesos psicológicos, en llegar hacia la comprensión empática; pero hoy, a pesar del progreso en la investigación psicológica, sólo hemos llegado a penetrar en la corteza de aquéllos. Si hubiéramos logrado la comprensión total del problema de las relaciones psíquicas habríamos resuelto el mayor de los interrogantes que en el presente se plantea en la psiquiatría y en la psicopatología. Por eso hoy en día inscribir a un enfermo mental con una etiqueta correcta es una labor muy difícil.

CAPITULO II

El problema de las formas clínicas

CLASIFICACIÓN Y ESTADÍSTICA DE PRIMEROS INGRESOS

El problema de las formas clínicas y la discusión de si la esquizofrenia es una enfermedad, un síndrome o un tipo clínico, ha sido, dentro de los marcos hospitalarios, y es hasta el presente, motivo de múltiples controversias, por no haber una actitud ni un acuerdo definido al respecto. Los alemanes, con SCHNEIDER, consideran a la esquizofrenia como un tipo clínico, y los norteamericanos, con MEYER, como un tipo de reacción parergásica. Dentro de los marcos de la clínica, la mayor importancia de estos estudios radica en el aspecto psicopatológico, sobre el que debe basarse necesariamente el psiquiatra para establecer el diagnóstico, ya que su riqueza en formas es la que da esencia y colorido al cuadro clínico.

OSTANCOW dice que "la esquizofrenia no es una entidad. Es un producto sintético del psiquiatra clasificante. Una persona predispuesta puede reaccionar en una forma esquizofrénica ante ciertas clase de influencias. Pero es 'un tipo de reacción', no una enfermedad en el sentido de la medicina general."

Circunscribir, pues, a la esquizofrenia dentro de un diagnóstico preciso no es una cuestión fácil, ya que en los cuadros clínicos que hoy se aceptan los enfermos van pasando de una forma a otra o imbricando procesos que hacen muy difícil poder establecer el diagnóstico definitivo de una forma determinada de esquizofrenia. LEWIS dice que "un grupo de psiquiatras considera todas las formas de demencia precoz como variantes de un tipo de enfermedad, y hay pruebas de que esta opinión no está lejos de la verdad, dado que la experiencia, en cualquier gran hospital no muestra un criterio rígido para estos desórdenes mentales que separe o diferencie un tipo de otro. Toda clase de combinaciones, cursos y terminaciones se encuentran en los casos. Hay alguno de éstos que son clásicos en los términos de las descripciones originales kraepelinianas. Pueden haber perturbaciones transitorias, características de un tipo, en medio de un sistema complejo que en una ocasión se pensó que era enteramente clásico de otro tipo y hay tipos larvados o abortados así, como también muchas condiciones fronterizas."

En otro párrafo continúa LEWIS diciendo que todos estos problemas que plantea la esquizofrenia "dan énfasis a la gran necesidad

de estudios clínicos adicionales para poner orden en lo que ahora es un caos. Es una situación biológica y por lo tanto opera en términos de las leyes y orden de la biología. Sin embargo, puede ser que nuestros presentes métodos y puntos de vista sean inadecuados para tratar el problema. Nuestra única esperanza es volvernos más y más biológicamente intelectualizados y trabajar con las técnicas y materiales que ahora tenemos a nuestro alcance."

Desde el comienzo de la sistemática ideada por KRAEPELIN, el problema de las clasificaciones ha sido inmenso. En la delimitación de las formas, en la evolución del proceso, en la marcha de la enfermedad y en la terminación de ésta, ha habido y sigue habiendo una confusión muy grande, por la imposibilidad de darle límites precisos y rígidos a un cuadro tan amplio y de tan variados matices. La misma clasificación hecha por el propio KRAEPELIN fué variando conforme aparecieron ediciones sucesivas de su obra. Indudablemente que la labor sistematizadora de este autor tuvo un mérito indiscutible porque vino a dar forma orgánica a una psiquiatría que se hallaba en el caos. Merced a la paciente y larga observación de sus enfermos es que pudo llegar a realizar esta obra verdaderamente titánica, iniciando así la pauta de las clasificaciones clínicas con criterio científico. Al comienzo KRAEPELIN pensó que todas aquellas formas que no podían clasificarse con precisión podían ingresar dentro del cuadro de la demencia precoz y así, al comenzar este siglo, dicha entidad tenía cuatro formas clínicas, a saber: la simple, la hebefrénica, la catatónica y la paranoide. Dentro de esta última forma englobó al delirio crónico sistematizado de MAGNAN. De 1909 a 1915 aumentó a diez las formas clínicas, que son las siguientes: simple, hebefrénica, depresiva simple, depresiva delirante, circular, agitada, periódica, catatónica, paranoide (*gravis* y *mitis*), confusional verbal (esquizofasia); además, incluyó el grupo de la parafrenias: sistemática, expansiva, confabulans y fantástica. Con esta inclusión, KRAEPELIN planteaba un nuevo problema a la demencia precoz, ya complicada desde sus albores. En 1921 redujo a ocho las formas clínicas, dejándolas en: simple, hebefrénica, depresiva, estuporosa, agitada, y circular, catatónica, esquizofásica y demencia precocísina. Con la enumeración de esta clasificaciones clínicas, vemos que el problema fué, desde sus comienzo arduo y difícil y en la actualidad permanece aún en pie todo lo relativo a la clasificación de las entidades clínicas. Desgraciadamente, todas estas modificaciones no se han basado en hechos de orden cualitativo ni cuantitativo, y mientras estos dos aspectos no se consideren, no podrán hacerse sistematizaciones que correspondan a reales diferencias biológicas.

BLEULER, al hacer su clasificación, dividió a la esquizofrenia en cuatro tipos: simple, catatónica, hebefrénica y formas paranoides. La Clasificación Americana de los Desórdenes Mentales reconoce cinco tipos, que son : simple, hebefrénico, catatónico, paranoide y otros tipos.

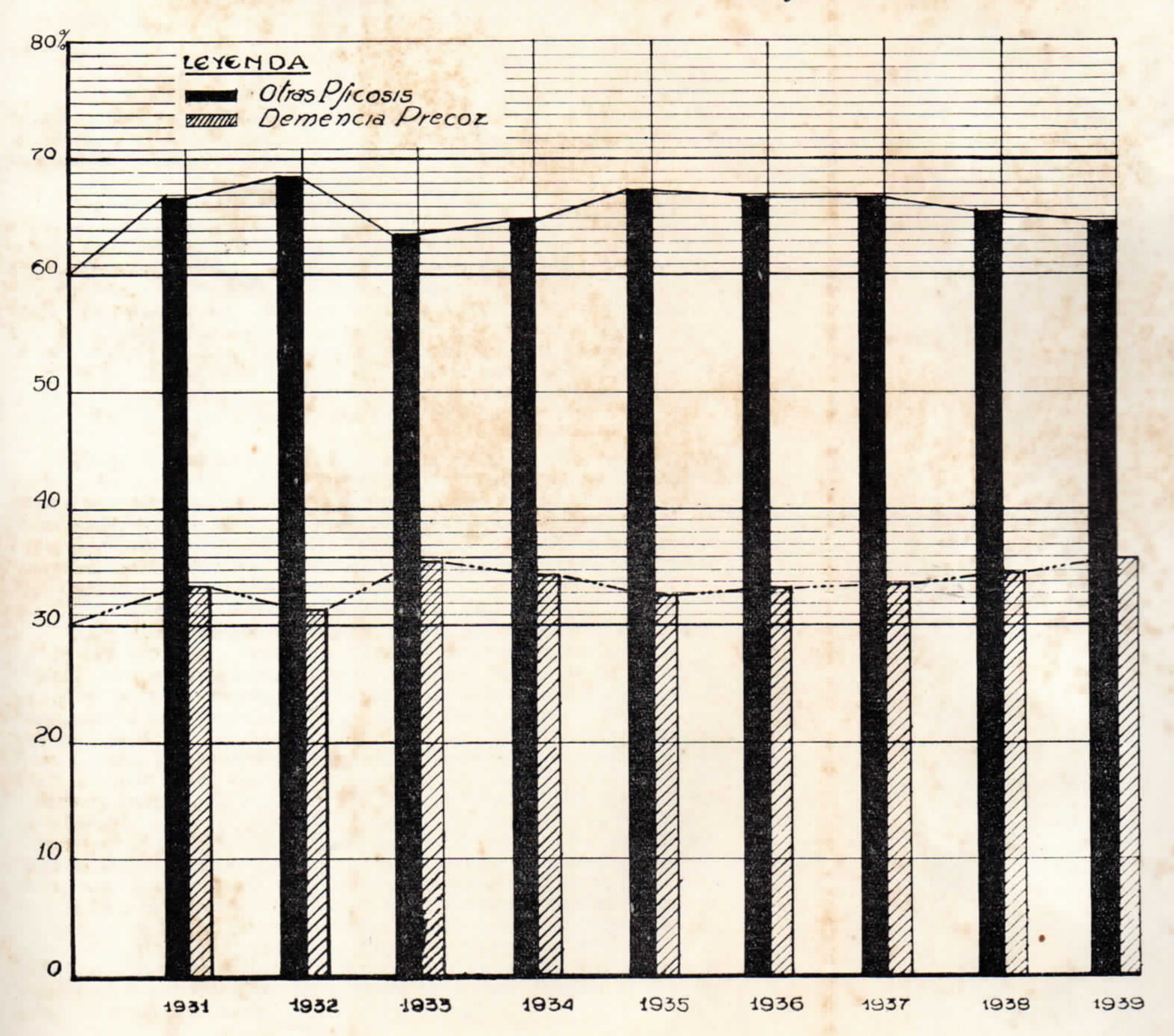
Vemos así la gran dificultad que se plantea para dar una etiqueta precisa, dentro del cuadro de la esquizofrenia, y cuyas razones son: 1º., de orden clínico, por no existir características definidas y permanentes dentro de un mismo tipo de esquizofrenia, y 2º., por carecer de un criterio nosográfico preciso, ya que no posée los caracteres o características de una enfermedad orgánica definida con etiología conocida y cuadro anatomo-patológico propio, o, por lo menos, hasta el presente no demostrado. No es tampoco, clínicamente hablando, una reunión de síntomas que puedan constituir un síndrome, el síndrome esquizofrénico, ya que muchos de los síntomas de este proceso se presentan en cuadros que no son de esquizofrenia. Multiplicidad de factores y de hechos concurren a su formación, pero cuyo mecanismo no está aún bien determinado. KURT SCHNEIDER propone definir a la esquizofrenia como un tipo clínico, definición que en realidad no define ningún hecho concreto y que sólo sirve para designar, de esta manera, un conjunto de cuadros clínicos que son imposibles de situar dentro de las pautas de la sistemática psiquiátrica actual.

Esta situación, en la definición de los tipos clínicos, "que viene sosteniendo el malentendido entre los psiquiatras, fué considerada también por el propio KRAEPELIN, quien dudaba ante el tamaño excesivo de su creación, lo mismo que BLEULER, quien hablaba posteriormente de esquizofrenias."

"En realidad debería decirse así y no en singular, porque, mientras no se establezca una clasificación natural, esa designación no se refiere a una entidad mórbida, en el sentido estricto del término, sino a un grupo que cubre, también a las psicosis orgánicas, y, en medio de esta discusión, BUMKE, sucesor de KRAEPELIN en la cátedra de Munich, hace un llamado (1934) a la *disolución de la demencia precoz*" (BALTAZAR CARAVEDO).

Hasta el presente, el hecho fundamental es que la sintomatología clínica de la esquizofrenia es esencialmente psicológica y que el diagnóstico de la forma se basa en él. Igualmente, es importante ver que todas las divisiones y sub-divisiones del cuadro general de la esquizofrenia no son sino variantes o desviaciones de un núcleo fundamental. Sean cuales fueren las causales determinantes del proceso, el concepto de la unidad que intuyó KRAEPELIN parece que se afirma cada vez más. La tan mal parada precocidad de la demencia precoz vuelve hoy día a llamar la atención de los psiquiatras, porque, si bien no existe un cuadro de precocidad demencial, sí existe el hecho evidente, como lo veremos después, de la precocidad en el inicio de dicha psicosis.

COMPARACION CON LAS OTRAS PSICOSIS



ESTADÍSTICA DE PRIMEROS INGRESOS. COMPARACIÓN Y CRÍTICA

Los cuadros estadísticos que a continuación presentamos y el acopio de datos que en este trabajo citamos, han sido recogidos en el Hospital "Víctor Larco Herrera" y comprenden desde el año 1931 hasta el de 1939 inclusive.

Nuestros problemas psiquiátricos son, en términos generales, iguales a los que se presentan en otros hospitales para enfermos de la mente, aunque teniendo algunas variaciones, de acuerdo con las características raciales de la población y la situación ambiental que ésta ocupa. Por medio de los datos estadísticos, vamos a apreciar, en este capítulo, la relación que existe entre los primeros ingresos de esquizofrenia y los primeros ingresos de otras psicosis. Después vamos a ver la relación que guardan las formas clínicas de la demencia precoz o esquizofrenia. Haremos en seguida una crítica comparativa con ciertos países americanos de la relación que existe entre los ingresos de sus respectivos hospitales psiquiátricos y el nuestro.

Hasta el presente, en el Perú, no conocemos, con exactitud, el número total de enfermos de la mente y las investigaciones llevadas a cabo a este respecto han sido hechas principalmente a base de cálculos y deducciones de acuerdo con la experiencia de otros países. En un estudio hecho por HONORIO DELGADO sobre la cantidad aproximada de enfermos mentales en todo el territorio, el autor calcula una población de más o menos 13,500 enfermos.

La esquizofrenia es un vasto problema de medicina social, que es de tan urgente y necesaria solución como cualquier otro de los grandes problemas sanitarios. Sólo podemos hablar de la población de enfermos mentales, con certeza, de acuerdo con las reducidas cifras hospitalarias de los que han entrado desde hace 50 años. Fuera de estos enfermos ingresados, primero al Hospicio del Cercado, luego al Asilo Colonia y, más tarde, al Hospital "Víctor Larco Herrera", el resto de la población de enfermos permanece ignorada y abandonada. El Hospital alberga 1,461 enfermos (31 de diciembre de 1940), cantidad reducidísima dentro de un ambiente mental obscuro como es el nuestro. Por eso, BALTAZAR CARAVEDO ha dicho que: "No es posible aceptar, sin mayores comentarios, que un país como el nuestro, de panorama sanitario todavía sombrío, en que concurren, cual más, cual menos, todos los factores etiológicos de la alienación mental, en que la asistencia de los enfermos mentales se encuentra centralizada en un establecimiento, pueda exhibir un número de enfermos internados más bajo que el de otras naciones de excelentes condiciones sanitarias, con amplia asistencia de alienados y, desde hace algún tiempo, vivamente interesados en la higiene y profilaxia mentales".

"Es indudable que la proporción baja de enfermos internados acusa, por desgracia, el número elevado de enfermos mentales que se encuentran libres, seguramente la mayor parte de ellos sin asistencia, lo que depende, como se ha dicho antes, de la ignorancia o del egoísmo de las familias. Todo el que haya recorrido el territorio de la República, y aun Lima, habrá tenido ocasión de ver el número considerable de alienados que deberían ser recluídos o, por lo menos, sujetos a ciertas normas de existencia, con el propósito de no aumentar el número de débiles mentales, de inferiores, de desequilibrados."

Sin embargo, conforme los años han transcurrido, la población hospitalaria ha crecido con ritmo siempre regular. Comparados los mayores ingresos de 1895 a la fecha, vemos que en ese año hubieron un 2,47% de mayores ingresos que el año anterior, en tanto que al presente y en relación a esa fecha es de un 300%. Pero, a pesar de este aumento tan considerable ocurrido en este lapso, el número de enfermos mentales no refleja el panorama psiquiátrico de nuestro ambiente; el índice es inferior al de otros países sudamericanos e incomparable con el de los Estados Unidos, en especial, con el del estado de Nueva York, donde la proporción es de 500 por cada 100,000 habitantes, mientras que en el Perú sólo llega a 17,4 por cada 100,000.

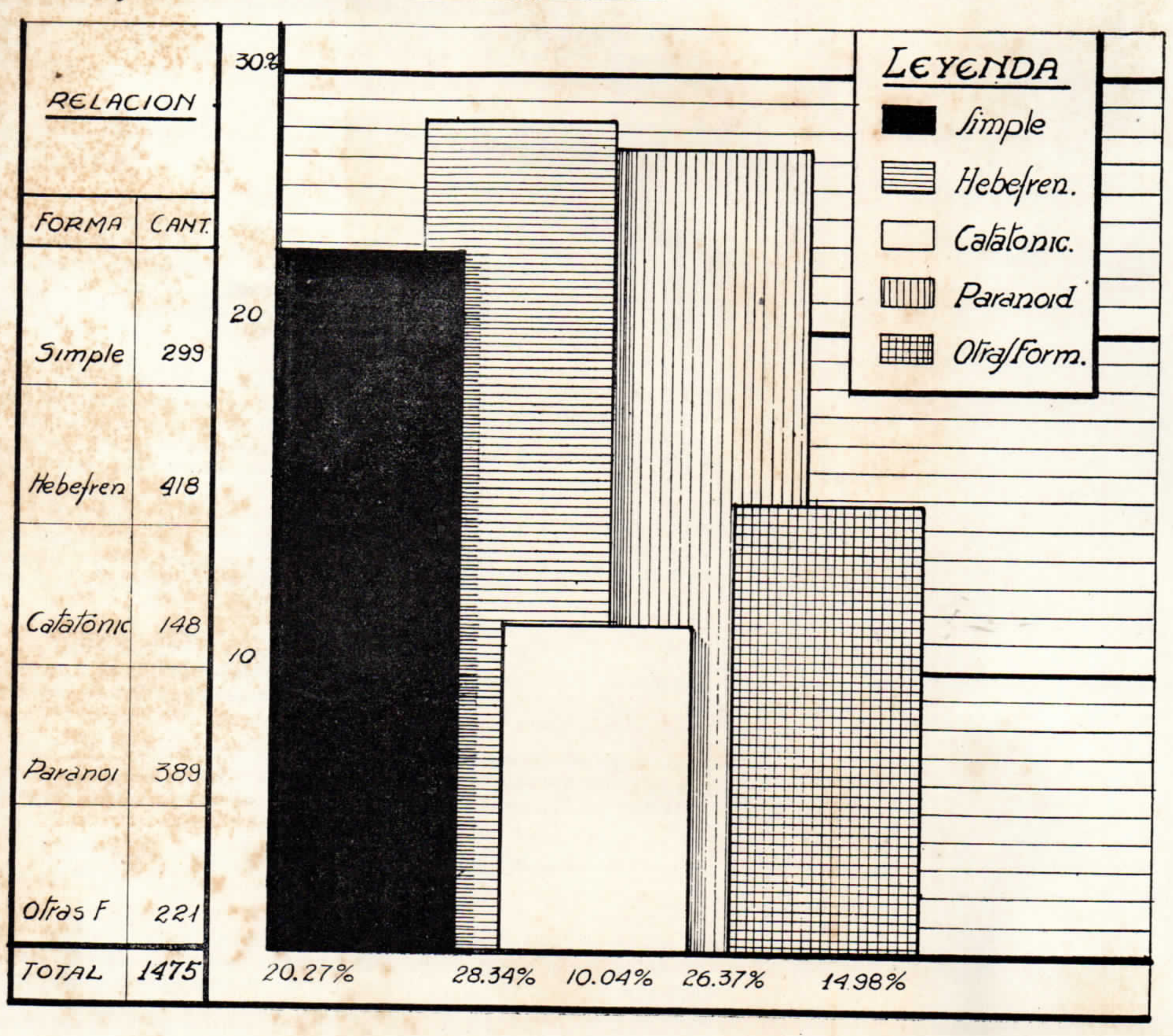
Vamos ahora a apreciar la curva de los ingresados por primera vez al Hospital "Víctor Larco Herrera" en los años comprendidos entre 1931 y 1939. Dentro de esta apreciación estudiaremos, de manera especial, debido a la índole de este trabajo, a los ingresados por primera vez con diagnóstico de demencia precoz o esquizofrenia y la relación cuantitativa de los porcentajes de esta entidad en comparación con la cantidad global de primeros ingresos debidos a otros trastornos mentales.

Los ingresados por primera vez con esquizofrenia han tenido un índice oscilatorio entre el 31,35% y el 36,78%, haciendo una media aritmética del 34%. Las oscilaciones en otros trastornos mentales, han sido entre el 63,22% y el 68,65% con una media aritmética de 64%. El total de esquizofrénicos ingresados entre 1931 y 1939 ha sido de 1,475.

De la cantidad global de ingresos con demencia precoz, 418 han sido hebefrénicos, 389 paranoides, 299 simples, 148 catatónicos y 221 con otras formas. Vemos así que el mayor número corresponde a los hebefrénicos que alcanza un porcentaje de 28,34%; sigue a éstos el de los de forma paranoide con 26,37%, después los de forma simple con 20,27%; el de los catatónicos y con otras formas 14,98%.

Para apreciar mejor estas cifras vamos a ver cómo se distribuye la esquizofrenia en España y algunos países de América, aunque guardando ciertas reservas, debido a que no existe una clasificación unitaria adoptada por todos los países de América.

Formas Clínicas (Primeros Ingresos)



CUNHA LOPES y HEITOR PERES del Brasil distribuyen la esquizofrenia, en los hospitales de Río de Janeiro, como sigue : la población nosocomial de esquizofrénicos, en relación con otros procesos mentales, es de 31,40%, siendo el 19% de éstos brasileños (7% de mujeres y 12% de hombres).

Los tipos clínicos están distribuídos de la siguiente manera: forma simple, 2,04%; forma hebefrénica, 50,34%; forma catatónica, 34,70%; forma paranoide, 12,90%.

En Bolivia, la relación entre esquizofrenia y otros procesos mentales es muy amplia. Según EMILIO FERNANDEZ, el 10% de los asistidos en el Manicomio Nacional son esquizofrénicos, distribuyéndose, en cuanto a sus formas clínicas, de la manera siguiente : forma simple, 63,33%; forma paranoide, 13,73%; forma catatónica, 13,33%; forma hebefrénica, 9,45%.

Según MISENO SAONA, la población esquizofrénica en el Manicomio de Guayaquil es de 30%, correspondiendo el 20% a hombres y el 10% a mujeres y cuyas formas clínicas se distribuyen de la siguiente manera : forma hebefrénica, 13% (10% hombres, 3% mujeres); forma catatónica, 12%; forma paranoide, 5%.

De Chile sólo poseemos datos incompletos y las estadísticas que hemos visto se refieren simplemente al volumen total de esquizofrénicos en relación con la población hospitalaria, acusando la esquizofrenia el 31% de la población total de la Casa de Orates.

Las estadísticas argentinas (Hospicio de las Mercedes y Asilo de Alienados en Oliva) revelan que la población frenocomial de esquizofrénicos es más o menos entre el 22 y el 25%.

En los Estados Unidos, los primeros ingresos de esquizofrénicos forman el 25% en relación con los primeros ingresos, en tanto que el porcentaje de la población total de esquizofrénicos es 55,7% (1939).

En España, según MIRA LOPEZ, el porcentaje total de esquizofrénicos es de 42%.

Entre nosotros, hemos visto que el porcentaje de primeros ingresos excede, en ciertos casos, del 34%, en tanto que la población total de esquizofrénicos es del 56.57% (1937). La proporción de nuestros primeros ingresos es, estadística y aparentemente, mayor que en otros países cuyas cifras hemos consultado. Igualmente, en nuestro medio hospitalario, la población esquizofrénica total ocupa más de la mitad de las camas, mientras que en otros países americanos la proporción varía del 10% (Bolivia) al 31% (Chile).

En el cuadro comparativo de porcentajes de formas clínicas existe, igualmente, inmensas variantes. En el Brasil, por ejemplo, la hebefrenia tiene un porcentaje de 54,34%, en tanto que en Bolivia es la forma simple la que ocupa el mayor porcentaje con 63,33% y, entre nosotros, el mayor número ha correspondido a la hebefrenia con 28,34%.

Desgraciadamente, no podemos hacer una comparación exacta entre los diferentes datos estadísticos arriba mencionados (en especial, de los países sudamericanos) por carecer de uniformidad en la clasificación. Esta diversidad de criterios conduciría solamente a confusión y a hacer comparaciones que nos llevarían a conclusiones erróneas, fruto de pautas diferentes, cuyas normas de apreciación no están regidas por un criterio uniforme.

Hay un hecho interesante de anotar respecto de países como Bolivia, que presentan un reducido número de esquizofrénicos en sus estadísticas. Según los informes proporcionados, solamente el 10% del total de la población hospitalaria tiene diagnóstico de esquizofrenia, hecho que no está de acuerdo con las experiencias y datos de otros países. Es importante anotar, y cuando tratemos en el capítulo siguiente de los factores raciales recalcaremos este punto, que Bolivia posée el más alto porcentaje de indios en su territorio, mayor que el de los otros países sudamericanos y, por lo que veremos más tarde, la afluencia de indígenas con diagnóstico de esquizofrenia al hospital psiquiátrico es muy escasa y así lo hemos observado nosotros también en nuestro nosocomio. Cabe preguntarse, igualmente, si los diagnósticos que se hacen están de acuerdo con las clasificaciones y reglas adoptadas en otros países o que, en su defecto, se incluyan formas de esquizofrenia dentro de otros trastornos mentales siguiendo tendencias y modos de ver diferentes al nuestro.

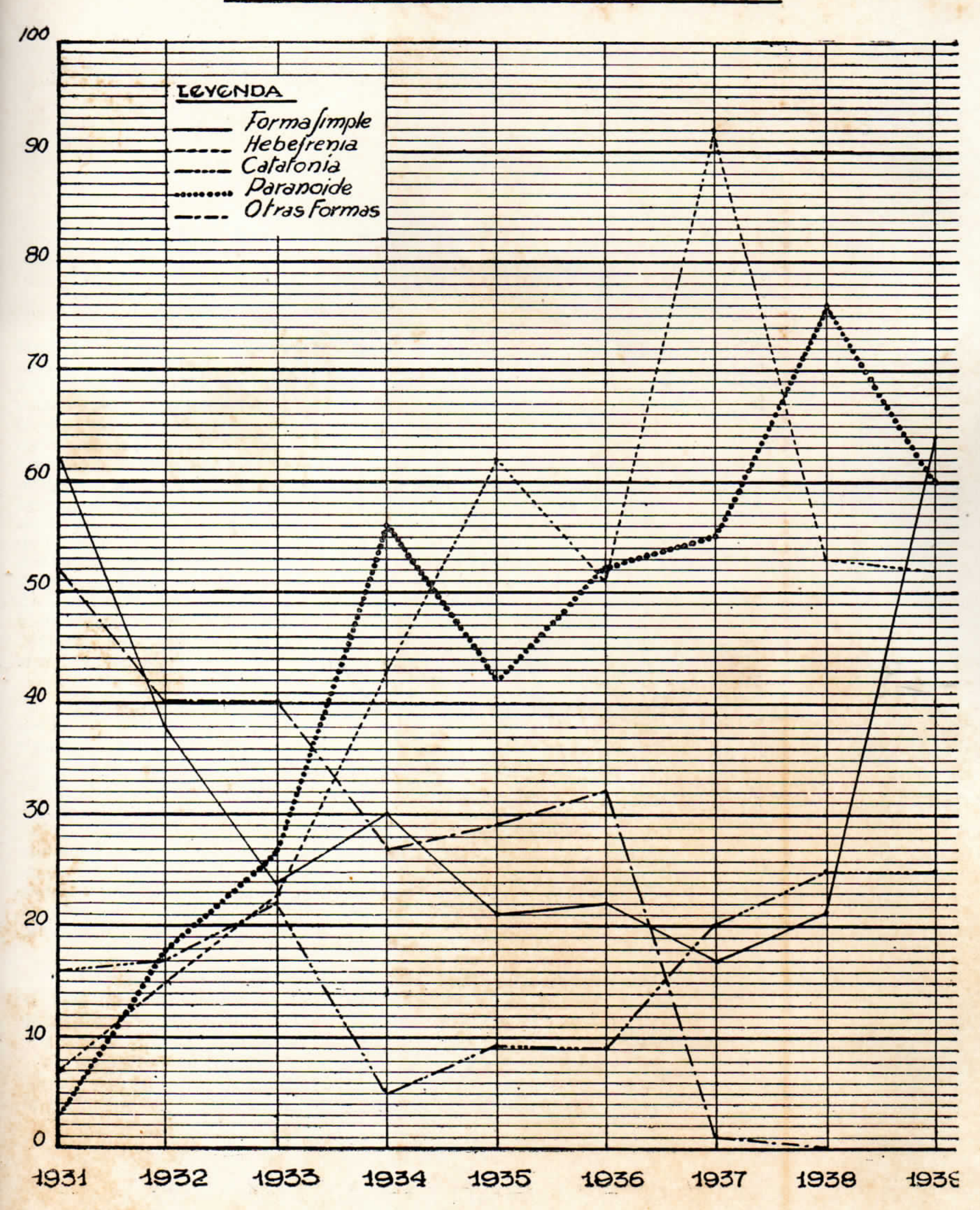
El presente trabajo ha tomado como pauta para la división clínica la Clasificación Americana de los Desórdenes Mentales, obteniendo datos que están más o menos en relación con la experiencia de diversos hospitales norteamericanos (como, por ejemplo, los del estado de Nueva York).

Dejamos, pues, sentado que, de acuerdo con la clasificación adoptada, los primeros ingresos han oscilado en una media del 34%. Esta relación, en los hospitales americanos, ha sido del 25% (1939). Igual porcentaje ha sido observado en la Argentina.

La población frenocomial de esquizofrénicos ha oscilado en una media del 56,57%, en tanto que, en el estado de Nueva York, ha sido del 55,70%.

La forma que mayor frecuencia tiene en nuestro medio hospitalario es la hebefrenia y la que menor porcentaje muestra es la catatonía.

COMPARACION DE FORMAS CLINICAS



CAPITULO III

Algunos factores etiológicos

En el presente capítulo no pretendemos estudiar las causas o factores etiológicos de orden hereditario, infeccioso o de naturaleza orgánica. La enumeración de las diversas teorías sólo la haremos como vía de ilustración, ya que nuestro interés radica en encontrar una relación entre los factores ambientales y constitucionales y la esquizofrenia o demencia precoz. Es un trabajo de evaluación y de crítica de datos obtenidos en el Hospital "Víctor Larco Herrera", que es nuestro único centro de informaciones en donde se concentra toda la corriente hospitalaria de los enfermos mentales del país. Debido a esta circunstancia, el Hospital aloja a los enfermos de las más diferentes regiones, de diversos razas y ambientes completamente distintos. Es con un fin de medicina social, que tratamos de encontrar la verdadera trascendencia que posée una visión panorámica de un problema tan vasto y de proporciones tan amplias. Guiados por esta idea no hemos estudiado casos aislados ni seguido historias individuales sino que hemos más bien atalayado las consecuencias y las resultantes de la investigación realizada sobre este punto como ayuda a la solución y mejor comprensión del más grande de nuestros problemas psiquiátricos.

Dentro de los problemas que la esquizofrenia plantea, uno de los más arduos de resolver es el de las causales de dicha enfermedad o trastorno mental. No hay hasta el presente un concepto claro y definido sobre cuáles pueden ser las causas determinantes y hasta qué punto estas causas tienen un valor efectivo.

Desde el día en que MOREL habló de la demencia precoz y dió una explicación de las causas que la determinaban, cada autor ha lanzado su teoría etiopatogénica, lo que no ha hecho sino alargar discusiones y perderse en detalles sin tomar los hechos en su conjunto, mirando a los individuos como unidades indivisibles cuya existencia es perenne equilibrio y armonía.

Cuando KAHLBAUM y HECKER enunciaron sus estudios sobre la catatonía y la hebefrenia dieron como factòres etiológicos : 1o., la pubertad; 2o., el onanismo, y 3o., los traumatismos mentales.

KRAEPELIN siguió creyendo, como estos autores, que la pubertad era un factor primordial aunque ligado a otro hecho no menos importante : la herencia. KRAEPELIN era de opinión que la demen-

cia precoz era debida a una intoxicación general del organismo que partía de los órganos sexuales e igualmente debida a otros trastornos glandulares parecidos al mixedema que produce el idiotismo.

POETZL, URECCHIA y hasta el mismo KRAEPELIN invocaban la sífilis como causa de la psicosis. Para la escuela francesa con CLAUDE y para BARUK era la intoxicación colibacilar. CLAUDE y otros psiquiatras dan gran importancia a la tuberculosis.

SKILLIAR pensaba que la tifoidea, el tifus, la escarlatina, la difteria, la influenza, el paludismo y la fiebre recurrente eran causas determinantes de la psicosis.

MARCHAND y otros creían que la mastoiditis, la meningitis y la poliomielitis eran factores etiológicos evidentes de la demencia precoz.

La enumeración de las causas que se invocan como factores que determinan la demencia precoz sería larga de hacer, puesto que cada autor invoca diversas y variadas causas, existiendo, por lo tanto, a este respecto, cierta desorientación por carecer de hechos demostrables y concretos.

En cuanto a las causas precipitantes de orden psicogénico y social, han sido invocados shocks mentales o emocionales, tales como el trauma sexual, seducciones, deserciones y situaciones familiares, perturbaciones del período infantil de la sexualidad y las cargas pesadas de la Universidad y de la vida militar.

Ha sido tendencia general de los investigadores la de considerar a la demencia precoz o esquizofrenia como debida básicamente a perturbaciones en las funciones del metabolismo, en cuyos procesos son secretados productos tóxicos que van a dañarlo. BUMKE invoca y sostiene la idea de que el factor etiológico en la esquizofrenia es un trastorno general del organismo con lesión secundaria del cerebro. BLEULER mismo, en 1930, decía que la esquizofrenia era una enfermedad de naturaleza orgánica.

La relación entre la psicosis esquizofrénica y las glándulas sexuales ha llamado siempre la atención de cuantos se han ocupado de este trastorno. FUASER aisló ciertos fermentos defensivos contra las glándulas sexuales y el cerebro, y VON MONAKOW y KITABAYASHI revelaron los cambios degenerativos de los plexos coroideos que estorbarían las funciones.

En los momentos presentes, una de las causas que más se estudian como determinantes de la esquizofrenia y cuya importancia es capital para la psiquiatría toda, es la herencia.

Desde antiguo era ya conocida la influencia que poseía la transmisión de los caracteres hereditarios. Gran importancia le dieron los psiquiatras del siglo pasado en el determinismo de las enfermedades mentales y, después de la aparición de las teorías de MENDEL, se comienza a aplicar dichas teorías en el campo de la psiquiatría. Desde que KRAEPELIN valoró la importancia de estos estudios, los investigadores han concentrado sus esfuerzos para ver cuál era el camino que seguía la transmisión hereditaria de la esquizofrenia. Ya desde el año 1911, los psiquiatras colocaron a la demencia precoz o esquizofrenia en el terreno de la herencia recesiva, aunque sin llegar a tener una evidencia sobre si esta transmisibilidad era monomérica o dimérica, es decir, si ésta dependía de uno o dos parejas de factores hereditarios. Según las primeras conclusiones a que se llegó, después de estos trabajos, se trataba de una herencia recesiva monomérica, lo cual implica que el 25% de los descendientes están afectos de dicha enfermedad. El año 1916, afinado el procedimiento de investigación y hecha la crítica de los estudios con más severidad, se admitió sólo, según las investigaciones de LUXEMBURGER y KALIMANN, que el 5,4 % era la proporción de la transmisibilidad hereditaria.

Los estudios hechos en gemelos y la gran cantidad de casos analizados ha permitido demostrar que la herencia en la esquizofrenia es específica y que su forma de transmisión es monomérica, porque no implica la necesidad de dos caracteres hereditarios.

La herencia recesiva monomérica, que implica en teoría que el 25% de los hijos sean esquizofrénicos, no se cumple porque, 1.°, prácticamente el número de hijos no es lo suficientemente grande como para que alcance este porcentaje; 2.°, no todos los hijos de individuos esquizofrénicos logran alcanzar la pubertad, época en que comienza a manifestarse el trastorno, y 3.°, el factor poderoso del ambiente, que ejerce una influencia manifiesta en el determinismo de la psicosis. De ahí que se ha fijado, empíricamente, que el pronóstico de probabilidad es el siguiente: son esquizofrénicos los hijos de esquizofrénicos en el 16,4% y los nietos en el 3% de los casos.

Los estudios sobre la herencia en la esquizofrenia han dado a conocer, igualmente, dos hechos interesantes. El primero se refiere a las personalidades psicopáticas esquizoides y el segundo al papel del medio. En el primer caso se trata de una herencia incompleta, en el sentido de que tales personalidades psicopáticas son heterozígotas de recesividad incompleta. Como la esquizofrenia es una enfermedad recesiva, sólo puede manifestarse en el individuo cuando éste reune factores hereditarios paternos y maternos en su patrimonio biológico, constituyendo, por lo tanto, el factor homozígota. Si el factor esquizofrénico sólo proviene del padre o de la madre, la enfermedad no se mani-

festará, puesto que este factor, recesivo, será dominado y encubierto constituyendo un genotipo. Será, pues, genotípicamente enfermo y fenotípicamente sano. Esta dominancia puede no ser completa, apareciendo entonces algunos factores esquizofrénicos, constituyendo entonces la personalidad psicopática. De acuerdo con estas investigaciones y según LUXEMBURGER y KALIMAN el 32% de los hijos de esquizofrénicos son psicópatas esquizoides, y el 13,8% de los nietos.

Por estos factores de dominancia y recesividad incompleta podemos explicarnos la participación que tienen otras psicosis en el cuadro de la esquizofrenia e igualmente la participación de la esquizofrenia en el cuadro clínico de otros procesos psicopatológicos.

El ambiente es asimismo un factor importante, que debe tenerse en cuenta. Las investigaciones realizadas en gemelos esquizofrénicos por LUXEMBURGER muestran que existe gran concordancia, es decir, que ambos se enferman siempre de esquizofrenia. Con todo, existe una discordancia del 20 al 30 %. La causa por la cual no todos enferman, o sea el factor que determina la aparición del complejo hereditario debe estar en el ambiente. Por lo tanto, la herencia no bastaría por sí sola para determinar la aparición de los síntomas, teniendo que acompañarse entonces de los factores ambientales que bien pueden ser psíquicos o somáticos, lo cual explicaría la eclosión, temprana o tardía, de la enfermedad. En un estudio hecho por BOWMAN y KASANIN muestran la gran importancia que posée el ambiente en la aparición de la esquizofrenia, al cual nos referiremos más adelante con detenimiento.

KRETSCHMER hace intervenir, al lado de la herencia y de factores ambientales, los constitucionales y adquiridos. En el caso de la esquizofrenia es el hábito leptosomo y los factores secundarios que acompañan, tales como los de causa endocrina, tóxica, infecciosa y psíquica, sin cuyo concurso no podría manifestarse el trastorno. La teoría constitucional tiene gran importancia en los estudios psiquiátricos porque muestra la relación que existe entre las características mentales y físicas. Indudablemente que hay una relación estrecha entre entre el hábito somático y el hábito psíquico, que se acompañan y armonizan, dando individualidades características cuyas relaciones con el ambiente dependen, en gran parte, de estas formas y hábitos constitucionales. Dentro de los dos tipos polares, leptosomo-esquizotímico y pícnico-ciclotímico, existe una serie gradual de aspectos somato-psíquicos que dependen, por un lado, de la transmisión hereditaria, ya que los progenitores no pertenecen invariablemente al mismo tipo físico y a una misma característica psíquica, y a la influencia educacional, de la sociedad y del medio en las cuales se ha movido y actuado el individuo. De estas formas imprecisas o mejor dicho que no llegan a la pureza clásica de las descripciones se obtienen cuadros mentales y somáticos variadísimos cuyas consecuencias clínicas son inmensas. Es por eso que, con frecuencia, no se logra encontrar cuadros clínicos típicos de una psicosis, hallándose en su defecto formas imbricadas y

tendencias abortadas de diversos factores constitucionales. A la imbricación de estos factores hereditarios y somato-psíquicos se debe el que muchas veces aparezcan fases maníaco-depresivas, por ejemplo, dentro de una esquizofrenia o, a la inversa, fases esquizofrénicas dentre de un cuadro maníaco-depresivo.

En los factores costitucionales hay multiplicidad de hechos que entran en la formación del trastorno mental y que toman una amplitud inmensa. BOWMAN y KASANIN, en un estudio efectuado sobre los factores constitucionales de la esquizofrenia, encuentran que el ambiente en el cual se mueve el individuo ejerce una acción poderosa en la aparición de los síntomas. En el estudio hecho por ellos se encuentran los siguientes factores como causas determinantes de la esquizofrenia y que son, a saber: 1.°, el ambiente (81,4%); 2.°, anomalías constitucionales físicas (13,2%); 3.°, anomalías constitucionales psíquicas (40,4%); 4.°, enfermedades físicas diagnosticadas (8,6%); 5.°, enfermedades físicas no diagnosticadas (16,6%); 6.°, alcoholismo (2,6%); 7.°, herencia (64,3%); 8.°, condiciones reproductivas (1,3%); 9.°, otros (conflictos, etc.) (27,2%); 10.°, causas desconocidas (3,9%).

Como vemos, el factor más importante, según estos autores, es el del medio ambiente, siguiéndole la herencia y las anomalías constitucionales psíquicas. Los factores emocionales de la vida diaria, los conflictos y las malas adaptaciones a la situación son causas importantes en la eclosión del trastorno. Estos mismos autores señalan que no todos los casos han sido determinados por un solo factor constitucional sino que, por lo general, han habido dos o más factores determinantes de la psicosis, encontrándose asociados con mayor frecuencia el medio y la herencia; porque muchas veces no es sólo un factor el determinante sino que deben de haber otras causas asociadas para que se muestre el trastorno. A este respecto, las experiencias realizadas en mellizos por LUXEMBURGER y a las cuales nos hemos referido más arriba han demostrado esta tesis.

Relacionados con la esquizofrenia y los trastornos sociales y ambientales, FROMENTY, de Tours, hace una relación entre aquélla y el *surménage*, encontrando que hay una correlación apreciable en un momento determinado de la vida. Este autor crée que en esquizofrénicos, entre los 15 y los 30 años, el trabajo escolástico intenso debería ser considerado como la causa de cambios psíquicos rápidos y progresivos. Este trabajo forzado, fuera de toda proporción a las capacidades mentales, corrientemente toma lugar durante la adolescencia, en el comienzo de los exámenes o al comienzo de una carrera profesional. Los adultos tienen un conocimiento de sus capacidades intelectuales y, por regla general, no tratan de alcanzar fines imposibles. Los niños pueden evadir el esfuerzo intelectual que les imponen sus padres y maestros. Por lo tanto, la adolescencia debe ser considerada como un período crítico de abuso intelectual. FROMENTY observó 10 casos de esquizofrenia, todos maestros de escuela, de los cuales 6 no

llegaban a los 22 años y otros 4 de 32 a 35 años. Es interesante anotar que ya HECKER daba como una de las causales de la enfermedad por él descrita, la fatiga intelectual.

Otro aspecto del problema etiológico es su distribución numérica a través de las diferentes regiones del país. H. EMERSON ha llamado a ésto la *epidemiología de la esquizofrenia*, ya que el problema de las causas pertenece a una clase particular de hechos biológicos. EMERSON propone estudiar el aspecto etiológico de la esquizofrenia de conformidad con la edad, raza, sexo, ocupación y distribución geográfica. Estos puntos, que sirven de base a un conocimiento distributivo de la esquizofrenia, son de gran interés, pues muestran la relación que existe entre el medio en que vive el hombre, la frecuencia de aparición del trastorno, en qué edades y sobre todo en qué tipos raciales es más frecuente. Esta manera de evaluar los trastornos mentales es importante porque muestra cómo se comportan en diferentes comunidades y en diferentes situaciones vivenciales, cosa que hasta el presente ha sido hecha en forma restringida.

La distribución geográfica de la esquizofrenia es punto de gran interés y, como ha sido demostrado en los Estados Unidos, no todas las regiones muestran la misma proporción distributiva. Es necesario apreciar cómo aparecen estos estados mentales en la ciudad, en el campo, en los medios industriales y en los centros agrícolas. POLLOCK ha hecho un estudio completo al respecto, mostrando la distribución de la esquizofrenia de acuerdo con la pauta propuesta por EMERSON.

Hay otro problema interesante y de alto valor en la esquizofrenia y es aquél que se refiere a la relación que existe entre dichos procesos y las mentalidades de los pueblos primitivos. Estas investigaciones han llevado a la psiquiatría al campo antropológico para averiguar cómo vivían y pensaban los hombres de otras culturas, gradualmente inferiores a cualquier cultura clásica. En Alemania y Estados Unidos se han llevado a cabo investigaciones interesantes sobre la mentalidad de las tribus de primitivismo más absoluto, para apreciar la evolución de las costumbres sociales, de las concepciones psicológicas de éstas, de la evolución que han sufrido y de la evaluación que le han dado a sus situaciones y estados psicológicos, conforme han ido subiendo en la escala de la cultura social. Dentro de estas investigaciones, se han hecho igualmente estudios para ver si en estas mentalidades primitivas se presentaban o se presentan trastornos mentales similares a aquéllos que aparecen entre hombres de cultura avanzada.

Las investigaciones que hasta el presente se han llevado a cabo han sido hechas dentro de los marcos de la sociedad actual, dentro del

sistema cultural en el cual vivimos, y sólo recientemente es que los psiquiatras y antropólogos han empezado a estudiar los mecanismos psicológicos de los pueblos primitivos y ver si éstos tienen la misma resonancia que en las esferas de los pueblos más civilizados, porque es interesante averiguar si las psicosis funcionales aparecen en el mismo grado en todos los niveles de la civilización, desde los más bajos estratos hasta las más altas estructuras. La vida, el mundo y las costumbres adquieren diferentes maneras de evaluación, según los pueblos y según las razas, existiendo hechos y hábitos de pueblos primitivos que, dentro de su organización social, son normales y que, para nuestro sistema de civilización, estarían en franca oposición con una vivencia normal dentro de la colectividad. Sin embargo, se han observado casos de desadaptación social dentro de las tribus primitivas, actitudes opuestas al sistema de las vivencias comunes que nos dirían de escisiones entre los hombres que las presentan y el medio dentro del cual viven.

En la interesante obra de RUTH BENEDICT, encontramos las siguientes observaciones sobre el comportamiento de ciertas tribus primitivas: "Hemos visto que toda sociedad elige algún segmento del arco de la posible conducta humana; y, en la medida que logra integración, tienden sus instituciones a ensanchar la expresión del segmento por ella elegido y a inhibir las expresiones opuestas. Pero estas son, sin embargo, las respuestas adecuadas de un cierto grupo de portadores de la cultura. Ya hemos examinado las razones por las que esta selección es, principalmente, cultural y no biológica. Por eso nos es imposible imaginar, aun por razones teóricas, que todas las respuestas adecuadas de toda esa gente sean igualmente servidas por las instituciones de cualquier cultura. Para comprender la conducta del individuo es necesario, no solamente relacionar la historia personal de su vida con sus dones, y medir éstos con referencia a una normalidad arbitrariamente elegida. Es necesario relacionar sus respuestas propias a la conducta singularizada en las instituciones de su cultura."

En otro lugar de su obra, la autora continúa diciendo: "Evidentemente, la adecuada adaptación personal no depende de seguir ciertas motivaciones y evitar otras. La correlación se produce en una dirección diferente. Exactamente como son favorecidos aquéllos cuyas respuestas congenian más estrechamente con la conducta que caracteriza su sociedad, así están desorientados aquéllos cuyas respuestas congénitas caen en el sector del arco de conducta que no es adaptado por su cultura. Estos anormales no pueden esperar que les presten sostén las instituciones de su civilización. Ellos son las excepciones que no han tomado fácilmente las formas tradicionales de su cultura."

" Para una válida psiquiatría comparativa, son de la mayor importancia esas personas desorientadas que no se han adaptado adecuadamente a sus culturas. A menudo ha habido confusión en la psiquiatría, porque se ha tomado como punto de partida una lista fija de síntomas en vez del estudio que aquellos cuyas reacciónes características no tienen validez en su sociedad."

Más adelante añade : "Resulta claro que la cultura puede valorizar y hacer socialmente aprovechables aun tipos humanos altamente inestables. Si prefiere tratar sus peculiaridades como las más valiosas variantes de la conducta humana, los individuos en cuestión aparecerán en la ocasión y ejecutarán sus papeles sin referencia a nuestras ideas usuales sobre los tipos capaces de cumplir ajustes sociales y los que no pueden hacerlo. Los que actúan inadecuadamente en cualquier sociedad no son los que tienen ciertos rasgos fijos *anormales*, sino que pueden bien ser aquéllos cuyas respuestas no han recibido apoyo en las instituciones de su cultura. La fragilidad de estos aberrantes es en gran medida ilusoria; ella surge, no del hecho de que carezcan del vigor necesario, sino del hecho de que son individuos cuyas respuestas innatas no son reafirmadas por la sociedad. Son, según la expresión de Sapir, 'tomados de un mundo imposible'. "

"Entretanto, el problema terapéutico de tratar nuestros psicópatas de este tipo es a menudo mal entendido. Su enajenación del mundo real puede ser con frecuencia más inteligentemente tratada de una manera distinta que el insistir en que adopten los modos que les son extraños . . . . . , el individuo inadaptado puede cultivar un mayor interés objetivo en sus propias preferencias y aprender cómo manejar con mayor ecuanimidad su desviación del tipo. Si aprende a reconocer la medida en que su sufrimiento se ha debido a su falta de sostén en una conducta tradicional, puede gradualmente educarse para aceptar su grado de diversidad con menos sufrimientos. Tanto las perturbaciones de la emotividad exagerada del maníaco depresivo como la soledad del esquizofrénico agregan a la existencia ciertos valores que no son accesibles a los que están constituídos de maneras diferentes. El individuo no apoyado que acepta valerosamente sus virtudes favoritas e innatas, puede alcanzar un curso factible de conducta que le vuelva innecesario refugiarse en un mundo privado modelado para él mismo; puede alcanzar gradualmente una actitud más independiente y menos torturada respecto de sus desviaciones y, sobre esta actitud, construir una existencia que funcione adecuadamente."

De este estudio profundamente interesante en sus relaciones de las diversas culturas entre sí y de sus diferencias substanciales en sus modos de concebir el mundo, al hombre y a la sociedad, vemos que la esfera de la normalidad es diferente en cada cultura, dependiendo ésta, en parte, de sus modalidades sociales. Hay sociedades humanas entre las cuales ciertos tipos de anormalidad son considerados como normales y hasta provistos de poderes superiores y aun mágicos, hallándose a la inversa tipos humanos en otras tribus, occidentalmente normales, que dentro de su sociedad son considerados como anormales. Así vemos que en toda sociedad humana los trastornos mentales tienen evaluación diferente según las costumbres y sus situaciones vivenciales. Lo que hay que averiguar es si el mecanismo de producción de estos trastornos es igual en el hombre civilizado y en el hombre de mentalidad primitiva. Etnólogos, antropólogos y psiquiatras investigan actualmente sobre el comportamiento social de diferen-

tes tribus de Centro América, Oceanía y otros lugares. Sobre todo, se el problema de la esquizofrenia el que más pretenden relacionar con sus estudios y sacar consecuencias y deducciones que den luz para la comprensión en el problema de esta psicosis. Dentro de las tendencias psicológicas actuales se busca una aproximación entre las diferentes etapas de la evolución intelectual humana, pretendiendo comparar y tratar de establecer un nexo evolutivo entre la mentalidad del niño, la del hombre, la del salvaje y la del enfermo mental. Dentro del mundo vivencial de los valores, para cada uno de ellos las cosas adquieren diferente valoración y distinta resonancia; así, por ejemplo, para el niño, para el hombre civilizado, para el salvaje y para el esquizofrénico, el tiempo y el espacio tienen valoraciones distintas.

La irrupción de la antropología va adquiriendo importancia insospechada, ella tiende a darnos ampliamente los modos de ser de sociedades que son muy diferentes a la nuestra, de tipos raciales opuestos y viviendo dentro de características ambientales distintas. Si esta labor antropológica está sirviendo en cierta forma de pauta indicadora para los estudios psiquiátricos, es para nosotros, pues, punto de gran importancia. Lo es porque el Perú, debido a su configuración geográfica, a su estructuración social, idiomática y racial, forma un conglomerado humano cuyas características son muy diferentes, a pesar de haber creado entre ellas un cierto lazo etnológico, que es el mestizaje. Las diferencias geográficas, la disparidad racial y la diversidad de costumbres dan a cada región del país una configuración especial que está de acuerdo con los postulados de la moderna antropología, en cuanto a la relación que existe entre el hombre y el medio que lo alberga. Las características raciales están dadas, pues, en parte, por la geografía y ésta, a su vez, modifica las características de otras razas que se adaptan en otros climas.

Las condiciones ambientales en nuestro territorio son totalmente diferentes en cada región. En cada una de ellas viven hombres de diversas razas, formando el núcleo principal de población la indígena. Dentro de sus características etnológicas, ésta tiene sus variantes, bien sea que se trate del indio de la sierra, el quechua y el aymara, bien sea que se trate del indio de la costa, el yunga. Cada uno de ellos tiene sus rasgos somáticos y psíquicos diferentes. Cada una de estas sub-razas representa igualmente trozos de culturas distintas y costumbres diferentes. El hombre de la sierra ha tenido una organización social en tiempos pasados que le permitió, merced a la labor colectiva y socializada, realizar grandes trabajos y construir obras maravillosas. Supieron superarse por la plasmación del espíritu de multitud, pero no tuvieron organización individual que le proporcionara al hombre la facultad de desenvolverse por sus propios medios y sus propias iniciativas. Encerrado el hombre de las altas serranías dentro de los vínculos de su hogar y de su tierra, cuidado por una mano paternal que velaba por el bienestar de sus súbditos, sólo tuvo un refugio para los anhelos de su espíritu atormentado por un sentimiento vago, siempre profundo y triste, que le hacía desdeñar el paisaje y cerrarse dentro de sí. El indio de la serranía tiene una psicología es-

pecial; es duro, desconfiado, sinuoso, terco, incapaz de comprender el ambiente en que lo sitúan, deseando siempre vivir dentro del estrecho círculo de sus afectos y de su comunidad. El indio sólo actúa por medio del *ayllu*, avanza en la vida a través de masas, jamás toma por sí una decisión que convenga exactamente a sus intereses vitales. La acción colectiva ha absorbido por completo el espíritu del indio y la labor individual siempre es efectuada con torpeza. Este hombre, acostumbrado a vivir en medio de las montañas gigantescas, a combatir las dificultades que la naturaleza le interpuso en su camino, ha llegado a convertirse en un ser lleno de aristas, duro, de una dureza mineral, tal como KEYSERLING lo vió. En realidad, su alma tiene algo de la dureza del metal que ocultan los montes que interceptan su marcha y es, por lo tanto, incapaz de amoldarse fácilmente a situaciones opuestas a su manera de sentir y de vivir. El hombre autóctono es geométrico en su pensar, geométrico en cuanto adopta líneas rectas, que se quiebran bruscamente, situándose por eso, muchas veces, en actitudes que difieren de la actitud en otras razas humanas.

El hombre primitivo no se ha movido simplemente entre paisajes agrestes y fríos sino que ha pasado a través de variadas zonas y múltiples paisajes, dejando en su cuerpo los rasgos que imprime la tierra, pero dejando afuera las fuerzas poderosas del ambiente que modelan el alma. Su espíritu ha estado atormentado siempre por un vago temor, por una melancolía profunda, haciendo de sus afectos el núcleo principal de sus vivencias anímicas. La literatura de cada pueblo nos dice del alma colectiva que la engendra y del espíritu que la anima. En el caso de la literatura indígena, ésta nos muestra a hombres sombríos y melancólicos; rasgos que no emanan de las condiciones del paisaje ni de luchas vitales sino que nacen del propio espíritu, cuyo eterno e inquietante sufrimiento impregnó de tristeza la literatura de su civilización. Contribuyó a la formación espiritual del indio la monotonía de una vida social reglada conforme a cánones perfectos dentro de una organización social avanzada. Libre de toda inquietud económica, libertado de toda lucha por lo cotidiano, el indio no tuvo más remedio que refugiar su espíritu, circunscrito por la ley y la organización, en el estrecho círculo de sus afecciones. Tenemos, así, que una vida social encuadrada por leyes duras dieron a los hombres una organización económica maravillosa y les permitió crear obras estatales poderosas, pero suprimió al individuo como factor, como entidad, como persona, encerrándolo en vastas agrupaciones agrícolas, sustentándolo y conduciéndolo, ahogándole la capacidad de pensar por sí y de saber defenderse por sí.

Desaparecido este sistema social, vuelto el indio hacia otro sistema de vida, sintióse desconectado de un pasado poderoso dentro del cual habían vivido multitud de generaciones y entonces, incapaz de adaptarse, de amoldarse a su naturaleza hermética, paralizó su avance y se detuvo en un punto de su evolución y tornó a volverse estático, acentuando más su caracter profundamente esquizotímico,


COMPARACION SEGUN LAS EDADES
LEYENDA
Hasta los 9 años, 1 caso
De 10 a 19 años
De 20 a 29 años
De 30 a 39 años
De 40 a 49 años
De 50 a 59 años
De 60 a 69 años
De 70 años y más, 1 caso
Ignorado
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1931
1932
1933
1934
1935
1936
1937
1938
1939

encerrándose dentro de sí. "La vida, cuando está obligada a ser monótona por las costumbres y por la legislación, no permite el desenvolvimiento de las grandes pasiones. El hombre, privado de todo estímulo expansivo se encierra dentro de sí mismo o en el estrecho círculo de sus afecciones domésticas, haciéndose melancólico. En este estado, las bellezas del mundo exterior no impresionan su imaginación; y el alma se entrega a la voluptuosidad de una tristeza subjetiva ante la cual, la naturaleza pierde su esplendores y sus seducciones, para presentarse a la fantasía, con el tinte lívido de las condiciones estéticas de su carácter" (1).

Sin embargo, hay una anotación especial en cuanto al sub-grupo indio de la costa, el yunga. Este núcleo etnológico ha caracterizado sus actitudes por ser francamente sintónicas, por adoptar frente a la vida una actitud esténica, de valoración personal, de expansividad y cierto orgullo. Esa misma actitud vital se encuentra en la raza negra y en la raza blanca, acusándose más los rasgos expansivos de autovaloración y de orgullo en el negro y en su sub-grupo mestizo zambo (negro más blanco). Mientras en el indio de la sierra la actitud es fundamentalmente asténica, rígida, geométrica, la actitud del hombre de la costa, y sobre todo, de las razas negra y mestiza, es expansiva, sintónica, flexible. Son personalidades tumultuosas, ricas en contenido anímico y en expresión verbal, desbordantes, con múltiples facetas, en tanto que el indio es introvertido, pobre de expresión, carente de riqueza verbal. Cuando en el hombre de la costa se presentan trastornos mentales son fundamentalmente dirigidos hacia cuadros y sintomatología expansiva, mientras que en el indio, sus trastornos mentales se manifiestan por actitudes que corresponden al predominio de la supraestructura caracterológica y, en el caso particular de la esquizofrenia, hay en ellos lo que MINKOWSKI llamó el a u t i s m o p o b r e.

Al ocuparnos de los factores constitucional y ambiental, seguiremos el siguiente orden: 1°., edad, porcentaje y evaluación crítica de los datos estadísticos; 2°., raza, predominancias raciales, porcentaje etnológico; 3°., distribución de los enfermos según la situación geográfica que ocupan, agrupándolos por regiones y haciendo la evaluación estadística desde dos puntos de vista en la división geográfica, uno que divide al Perú en tres regiones : norte, centro y sur; y otro que divide el territorio en costa, costa y sierra, costa, sierra y selva, sierra, sierra y selva y selva; los ignorados y extranjeros se hallan aparte y claramente especificados; 4°., tipos constitucionales, tipos constitucionales según las regiones, las formas clínicas y el porcentaje que se observa dentro del cuadro de la esqulzofrenia.

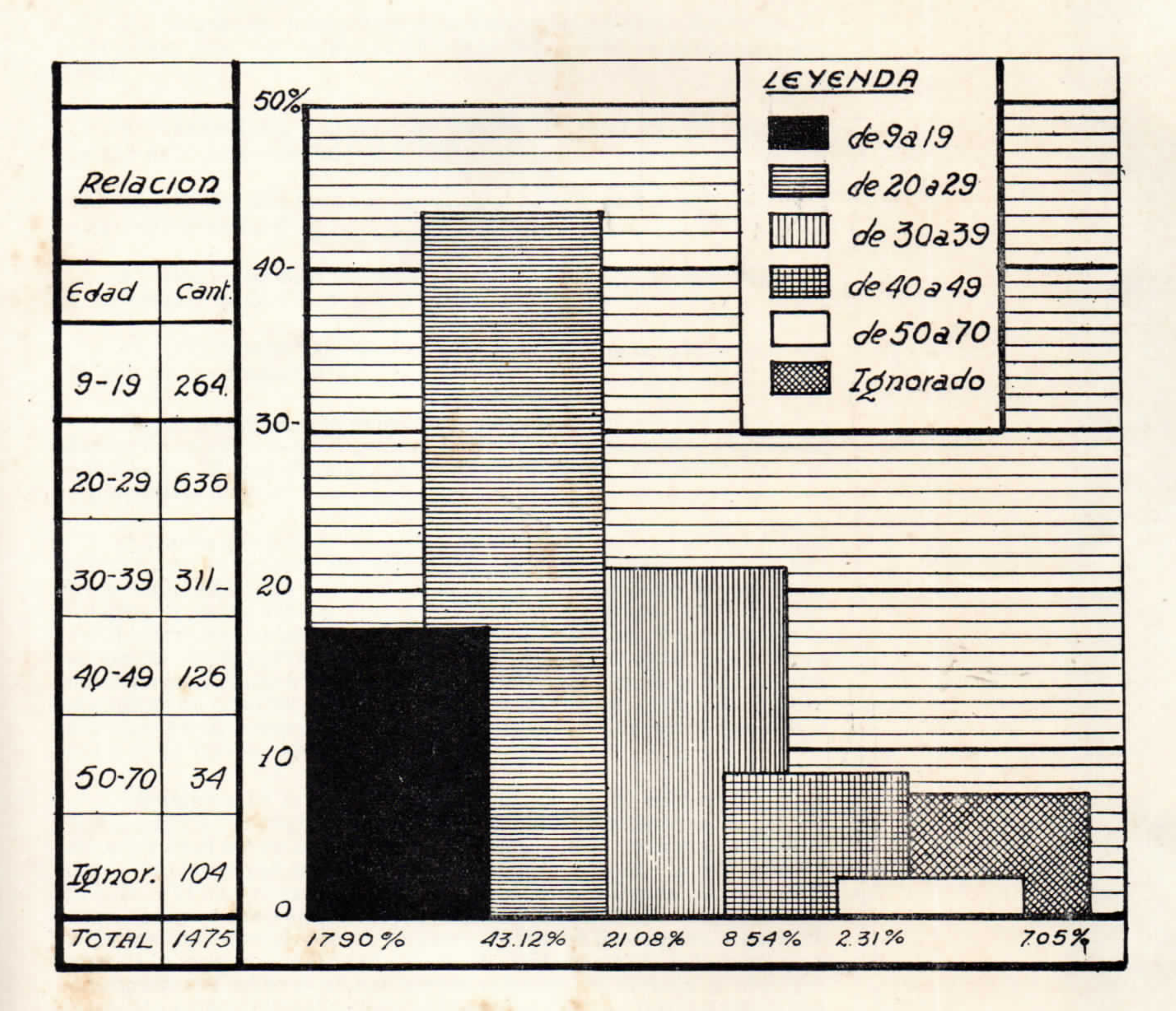
1) LUIS CARRANZA: "Colección de Artículos". Lima. 1885.

Tiene importancia estudiar la esquizofrenia, como hemos visto anteriormente, desde un aspecto epidemiológico, en cuanto a su distribución en el país, como lo tienen igualmente otras enfermedades mentales, para ver la relacion que existe entre el medio dentro del cual se mueven las colectividades humanas y la influencia que éste ejerce sobre la mayor o menor distribución de los casos. Tomar, por eso, las enfermedades mentales, y, en este caso, la esquizofrenia como sujeto de estudio de medicina social, tiene una importancia hasta ahora no evaluada en nuestro territorio. Apreciando las cifras que las estadísticas proporcionan vemos cómo, con el transcurrir de los años, éstos nos dejan como sedimentación necesaria y fecunda enseñanzas y problemas en qué pensar y a los cuales debemos consagrarnos para resolver situaciones sociales aparentemente intrascendentes, y que, sin embargo, poséen gran importancia y trascendencia.

Desde la época de MOREL y, más tarde, de KAHLBAUM y HECKER, se pensó siempre en que la adolescencia tenía ciertos tipos de alienación mental que le eran propios. MOREL creía que se trataba de procesos degenerativos, en tanto que KAHLBAUM y HECKER penban que sólo eran perturbaciones mentales juveniles que no llegaban a la demencia. KRAEPELIN, al asignar al grupo de enfermedades por él estudiadas el nombre genérico de *demencia precoz*, comenzó creando una confusión bastante fastidiosa, pues hacía pensar en una demencia inmediata a un trastorno mental producido en la adolescencia y cuya otra característica era la de su aparición precoz. Estos dos aspectos del problema fueron muy combatidos por diferentes autores, algunos de los cuales han llegado a decir que no es ni demencia ni es precoz. Pero con el transcurrir de los años se ha visto que, en cierto aspecto, tenía y tiene razón el maestro alemán, como la tuvieron los viejos psiquiatras, al asignar a ciertos trastornos mentales un papel preponderante durante la evolución psíquica que se produce en la edad juvenil, durante la cual el mundo y sus valores, la apreciación de los hechos y de las cosas, toman una dirección y una resonancia diferente a la poseída en la infancia. En contra de la precocidad en la aparición del trastorno oponían el argumento de que más de las tres cuartas partes se producían después de los 25 años. En el presente este criterio ha sido reformado por experiencias posteriores que han llevado a los psiquiatras a reconsiderar el problema de la aparición del trastorno y la importancia que posée el estudio de los individuos desde la más remota infancia.

De las cifras obtenidas en el Hospital "Víctor Larco Herrera" desde el año 1931 hasta el año 1939 sobre la edad en los primeros ingresos de esquizofrénicos (1,475 primeros ingresos de esquizofrénicos), hemos deducido los siguientes hechos :

1°.—El mayor porcentaje ha correspondido al período que abarca de los 20 a los 29 años de edad, con un total de 636 enfermos que hacen un porcentaje del 43,12% ;



Relacion

Edad	Cant.
9-19	264
20-29	636
30-39	311
40-49	126
50-70	34
Ignor.	104
TOTAL	1475

Porcentajes según las edades

2°.—Sigue en proporción el período comprendido entre los 30 y 39 años, con un total de 311 enfermos y con un porcentaje del 21,08%;

3°.—Entre los 9 y 19 años ha habido un total de 264 enfermos que han dado un porcentaje de 17,90% ;

4°.—De los 40 a los 49 años, el total ha sido de 126 enfermos con un porcentaje de 8,54% ;

5°.—De los 50 a los 70 años, el total ha sido de 34 enfermos con un porcentaje de 2,31%, y

6°.—El número total de enfermos con edad ignorada ha sido de 104, con un porcentaje de 7,05 %.

De los hechos arriba expuestos podemos deducir que el mayor número de enfermos que ingresan al Hospital corresponde al período de los 9 a los 29 años de edad, haciendo un total de 900 enfermos con un porcentaje de 61,02%.

A través de estos datos podemos apreciar mejor el viejo criterio sostenido, no solamente por KRAEPELIN, de la precocidad como hecho fundamental, sino que fué la observación sagaz de los antiguos maestros, quienes vieron aparecer bruscamente trastornos mentales en el florecer de la vida. Hoy día, de acuerdo con las tendencias de la psiquiatría contemporánea, la valoración del factor edad es de suma importancia. Debido a ésto es que, en diferentes países, se han creado las clínicas de orientación de la niñez e, igualmente, tratan de buscar un indicio en el comportamiento del niño desde que abrió los ojos y emitió su primer sonido.

Posiblemente, la aparición de trastornos en la pubertad y en la adolescencia no obedezcan sólo a los cambios fundamentales que se producen en el ser en ésta época del aflorar de la vida sino a causas más profundas cuyas raíces más hondas emergen desde la más remota infancia. Por eso, el estudio y la comprensión psicológica del púber y del adolescente debe adquirir cada día una importancia mayor dentro de las instituciones donde se hallare. Todas las tendencias, desde los antiguos conceptos psiquiátricos de MOREL hasta las más modernas investigaciones sobre el rol que juegan el hogar, la escuela y el medio social, han coincidido sobre este punto en el determinismo o aparición de trastornos mentales en épocas tempranas de la vida, trastornos hereditarios que una buena educación, un hogar conveniente y un medio social apropiado hubieran impedido que aparezcan en esa época de la vida en sujetos de gran fragilidad psíquica.

Siguiendo el orden trazado en este estudio, vamos a comparar ahora las cifras estadísticas de las razas en el Perú, problema interesante y vasto que incumbe a todos los problemas sociales.

De los datos estadísticos de los primeros ingresos desde 1931 a 1939, tenemos lo siguiente :

1.°—El mayor número de ingresos ha correspondido a la raza mestiza con un total de 1,088 enfermos y un porcentaje de 68,34%;

2.°—Los individuos de raza blanca ingresados por primera vez han sido 212, haciendo un porcentaje de 14,37%;

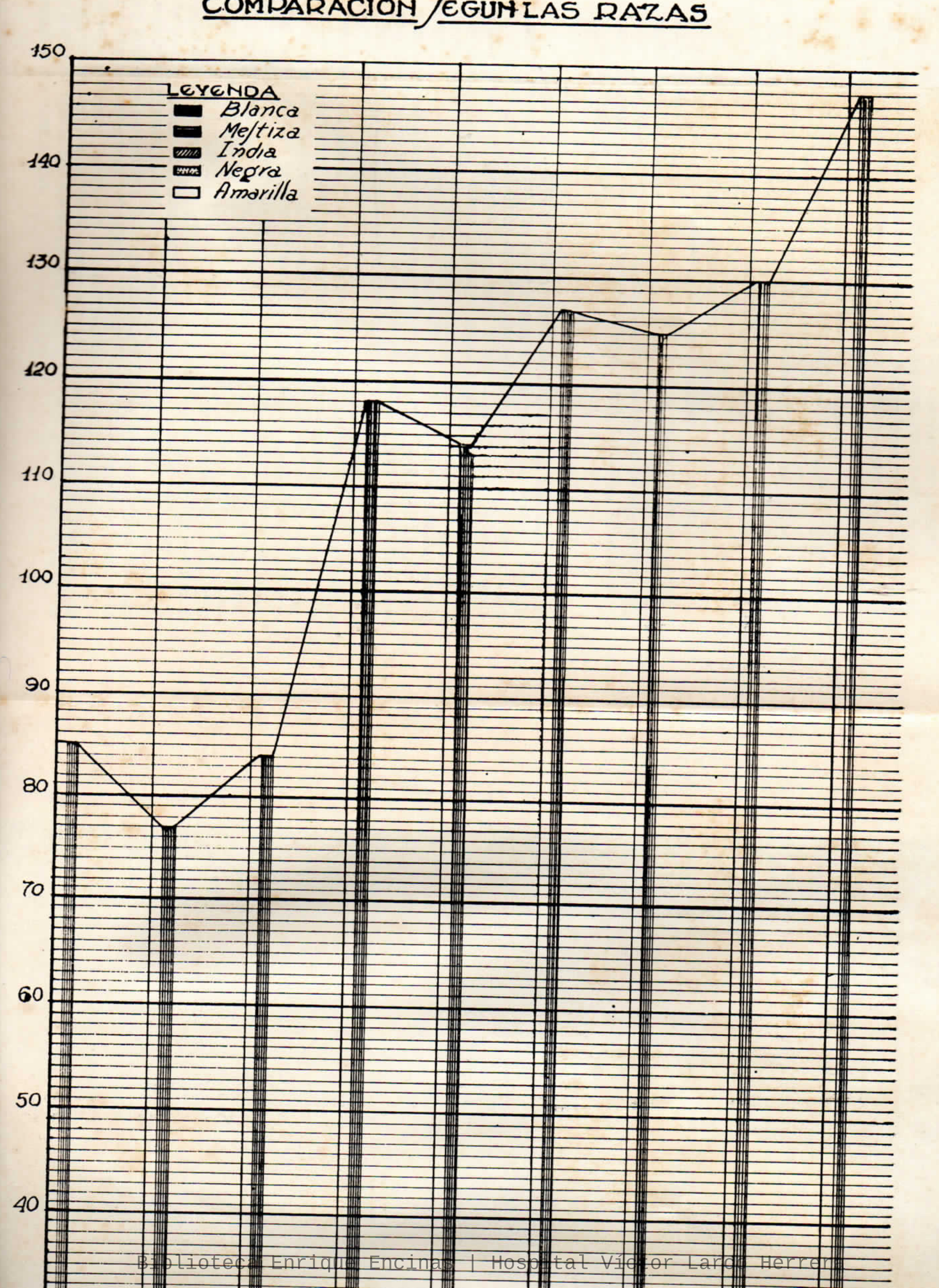
3.°—De raza india han ingresado 140 enfermos con un porcentaje de 9,49%;

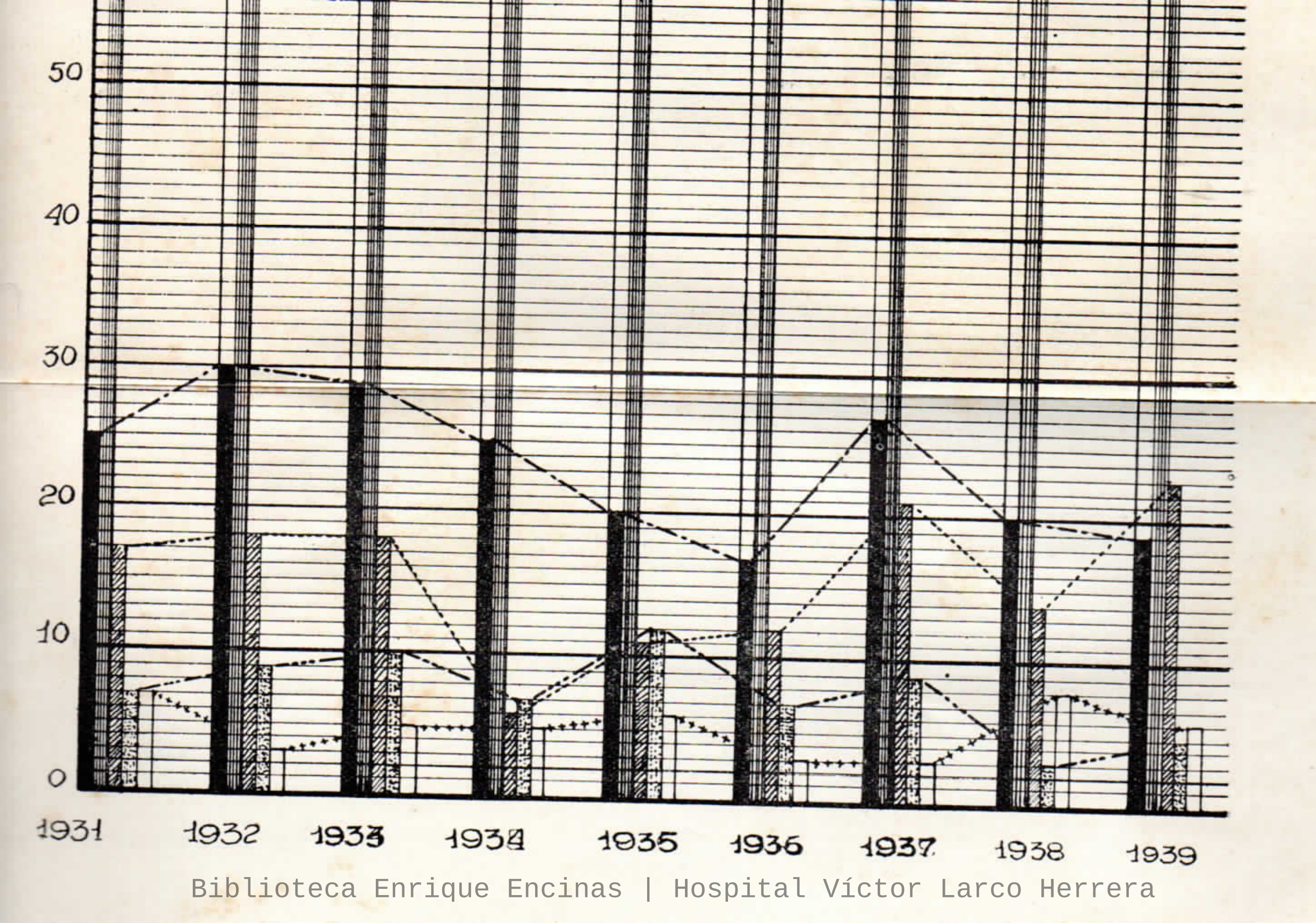
4.°—La raza negra ha tenido 69 ingresos con un porcentaje de 4,68%, y

5.°—De raza amarilla ingresaron 46 enfermos que hacen un porcentaje de 3,12%.

La distribución racial de los ingresos corresponde, pues, en más de las dos terceras partes, a la raza mestiza. Sin embargo, en la formación racial de nuestro territorio, el elemento constitutivo es, en su mayor parte, de procedencia indígena con un porcentaje de 45%. La raza mestiza tiene una proporción del 32%, la blanca del 20%, la negra del 2% y la amarilla del 1%. El crecimiento de la población esquizofrénica, en cuanto a razas se refiere, ha sido siempre predominantemente mestizo y este incremento ha sido gradual desde el año 1931 hasta el de 1939 inclusive, en tanto que las demás razas han guardado una relación más o menos constante dentro de límites más o menos estrechos. Por los cuadros gráficos y numéricos que adjuntamos se podrá apreciar estas variaciones raciales y la notable diferencia que existe entre el grupo mestizo y las demás razas.

A través de las estadísticas de 9 años podemos observar un hecho interesante y es que el número y porcentaje de esquizofrénicos de raza india pura es muy reducido (140 enfermos - 9,49%), a pesar de que esta raza forma el mayor núcleo etnológico en nuestra población. Dato tanto más interesante por cuanto las características mentales que posée pueden ser descritas como fundamentalmente esquizotímicas, ya que sus actitudes ante la vida adquieren forma sensitiva y desviada, como lo ha hecho notar GUTIERREZ-NORIEGA, quien resalta la diferencia temperamental entre el andino y el costeño, haciendo ver en el primero el predominio del temperamento esquizotímico y en el segundo el del ciclotímico. La esquizofrenia, según este autor, es más frecuente en el ande que en la costa, en tanto que las formas maníacas, son predominantemente costeñas.


COMPARACION SEGUN LAS RAZAS
LEYENDA
Blanca
Mestiza
India
Negra
Amarilla
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40



50
40
30
20
10
0
1931
1932
1933
1934
1935
1936
1937
1938
1939

Las observaciones a las cuales nos hemos referido en los párrafos anteriores han sido hechas sobre el tipo andino en general, sin especificar razas. Ciertamente, el hombre que vive entre la costa y la sierra acusa un mayor y más elevado porcentaje, como lo veremos más tarde. Pero lo interesante y curioso es la escasez de enfermos indios, característicamente indios; sin embargo, en Bolivia existe un hecho que sirve para hacer comparaciones y que nos ayudará a emitir ciertos conceptos. En ese país, el porcentaje de esquizofrénicos es del 10%. Antes de hacer cualquier comentario respecto a este porcentaje, debemos advertir que la población de Bolivia está compuesta de la siguiente manera: 70% de indios, 20% de mestizos y 10% de blancos. Por lo tanto, la población frenocomial estará compuesta forzosamente, en gran parte, por individuos de raza indígena. Ahora bien, cabe preguntar si la población indígena, tanto del Perú como de Bolivia, país afín etnológicamente al nuestro, da, en realidad, un número reducido de esquizofrénicos o si éstos permanecen al margen de la asistencia hospitalaria de ambos países. Posiblemente estos hechos obedecen a razones poderosas cuya explicación debemos tratar de encontrar, anotando, de paso, que la esquizofrenia está, casi siempre, condicionada por el ambiente civilizado.

Desgraciadamente, nunca se ha llevado a cabo una campaña para estudiar con sistema las condiciones de las razas en nuestro territorio. Por lo tanto, debemos concluir de acuerdo con el nivel de cultura en que viven y el sistema económico que los aprisiona. Posiblemente, la raza india (en el Perú y Bolivia), cuyo temperamento es esencialmente esquizotímico y que, por lo tanto, tiene un terreno esquizoidizable, como lo pretende OSTANCOW, vive en un ambiente cuyas reacciones no son lo suficientemente violentas para producir un tipo especial de reacción. Es una raza que permanece igualmente apartada de las intrincadas fórmulas de la cultura occidental y todo lo que a ella llega lo percibe a través de instituciones que canalizan sus actividades fundamentalmente agrícolas. Los problemas vitales que la afligen y conmueven son infinitamente menos complejos y giran, por lo general, alrededor de asuntos puramente domésticos. Es una raza cuyo desarrollo social dejó de seguir hace tiempo la curva ascendente, permaneciendo estancada y hierática en medio de un cúmulo de problemas elaborados por la cultura occidental. Además, hay que tener presente lo que dice RUTH BENEDICT y es que cada pueblo escoge un "segmento del arco cultural". La raza india vive dentro del temperamento esquizoide, recogida dentro de sí, sin anhelar mezclar sus vivencias con otras razas. Posiblemente, sus reacciones y sus actitudes, para nosotros esquizotímicas, sean respecto de ella misma observadas como actitudes normales. Nos hemos acostumbrado a mirar a la raza india desde el ángulo de nuestras convicciones y de nuestros prejuicios culturales; pero, quizás, si la observásemos desde el ángulo de su propia cultura, no tomaríamos como extraña e indiferente su actitud ante el mundo, que suponemos que es el de la cultura y de la psicología del hombre de Occidente.

VALDIZAN, haciendo un estudio de las causas posibles de la menor afluencia de la raza india al Hospital para enfermedades mentales, apunta en los siguientes párrafos de su obra "La Alienación Mental en la Raza India" : "No existe al presente y por ello es de creer que no existió en el pasado, una conveniente severidad en la asignación de la etiqueta etnográfica en las investigaciones estadísticas : un espíritu de mal entendida benevolencia restringió la etiqueta etnográfica india, considerándola como lesiva a la dignidad de los sujetos. Y por este motivo, que tanto tiene de pueril escrúpulo, hemos hallado frecuentemente considerados como sujetos de raza blanca a sujetos de muy ostensible etiqueta etnográfica mestiza. En otras ocasiones, se vaciló en la determinación de la etiqueta etnográfica entre la india y la mestiza, ya no por pueril benevolencia sino por ignorancia de los caracteres fundamentales de cada una de ellas."

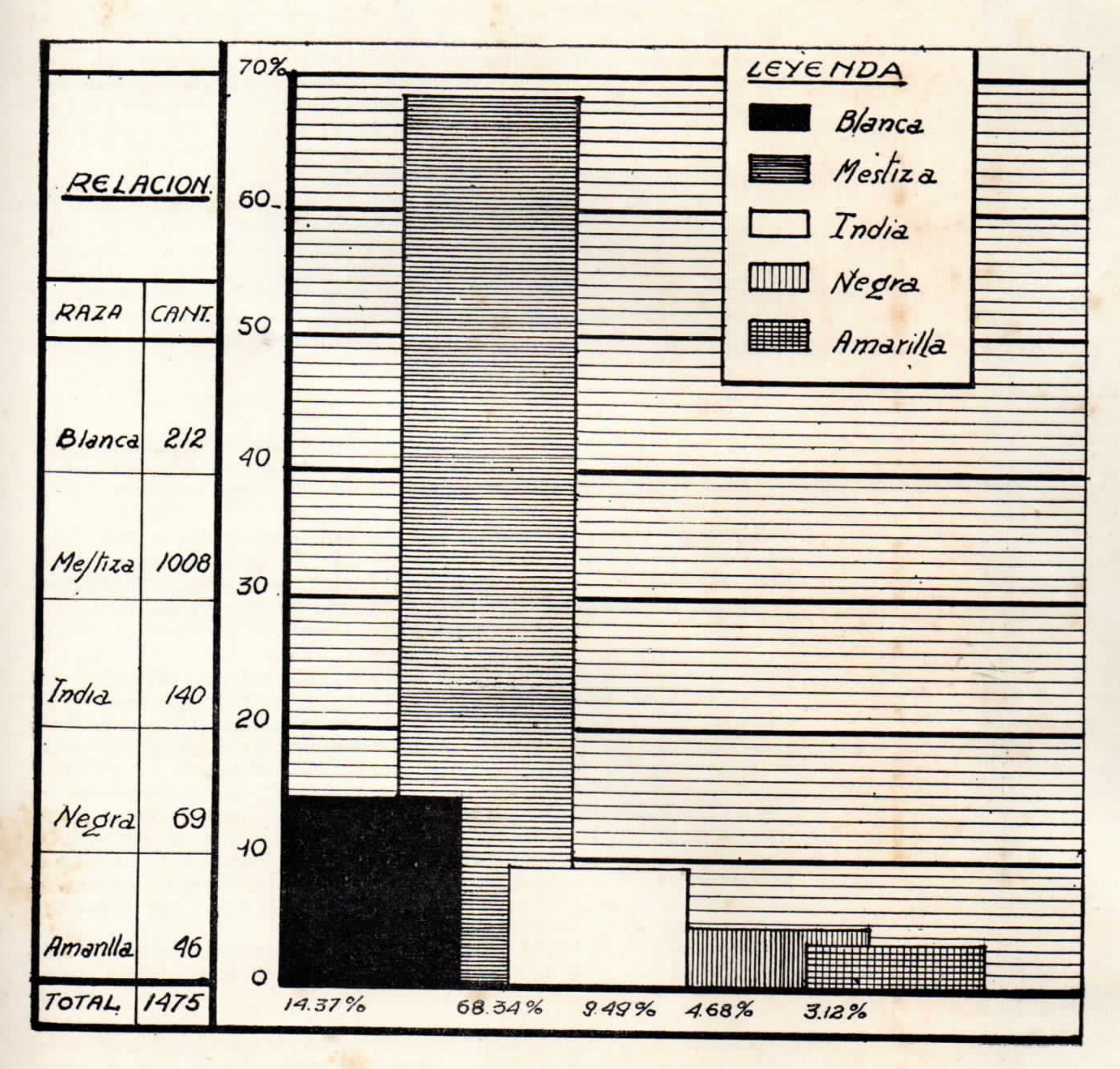
"Es conveniente poner en evidencia estas circunstancias, porque ellas han podido influenciar las cifras que hemos presentado, haciéndolas menos considerables de lo que fueron efectivamente."

"¿Cómo explicar esta menor frecuencia de la alienación mental en la raza india, cuyo eupsiquismo magnífico ha sostenido, entre otros estudiosos, el Dr. ENCINAS?"

"En la interpretación de las cifras correspondientes a los alienados de raza india, debemos tomar en consideración algunos factores que contribuyen, indudablemente, a explicar esta parquedad de representación de la raza india en las cifras totales de la alienación mental en el Perú."

"La rareza de alienados de raza india, acusada por las cifras que hemos expuesto, pudiera ser tomada, con alguna ligereza, como expresión del hecho insólito representado por la existencia de una raza que se substrae al daño de la locura. Desgraciadamente, esta hipótesis, que ha contado con algunos devotos, así antiguos como modernos, es fácilmente contestable. La raza india no está al presente, como no lo estuvo en el pasado, a cubierto de los factores etiológicos de la alienación mental, muchos de los cuales actúan sobre ella más rudamente que sobre los demás grupos étnicos de nuestra población. Presentes las causas, nada justificaría la ausencia de los efectos, ya que no sería bastante a justificarla la especial contextura psicológica del indio, en cuanto de ella conocemos."

"Un hecho contribuye a explicar la rareza de la alienación mental en las cifras estadísticas que comentamos y permite establecer que más real que esa rareza de la alienación mental entre los indios es la rareza de la asistencia de los indios víctimas de la locura. Tanto en Lima, sede del único establecimiento de asistencia de alienados con que cuenta el Perú, como en nuestras provincias, la asistencia hospitalizada de los alienados sólo tiene lugar cuando éstos han sobrepasado los límites de la que pudiéramos llamar *tolerancia social* de las reacciones del alienado. Cuando la enfermedad mental reviste carac-



Porcentajes según las Razas.

teres tales que ponen en peligro la estabilidad familiar o social, es cuando se llega a la conclusión empírica de la necesidad de internación del enfermo. Por este motivo, se substraen al beneficio de la oportuna asistencia manicomial sujetos cuyas formas de enfermedad les hace tolerables en la vida común, aun en ausencia de la tutela social y legal que en otros países se les acuerda."

Por eso nunca se insistirá bastante en el estudio intensivo de las condiciones sociales de nuestros medios humanos. Una investigación amplia del paciente, de las formas de mentalidad en las diferentes regiones y en las diversas colectividades, con sus modos tan opuestos de vivir y apreciar el mundo, abrirían seguramente mucha luz sobre los mecanismos psicológicos y trastornos psicopatológicos que hoy buscan los psiquiatras de otras escuelas en las mentalidades de los pueblos primitivos.

Fatalmente, raza y medio geográfico tienen que eslabonarse para llegar a efectuar una apreciación integral y ver las influencias que el suelo tiene en el determinismo mental y somático de los individuos.

Esta consideración nos lleva a estudiar otro aspecto del problema y es el de la distribución geográfica de los primeros ingresos de esquizofrénicos en nuestro territorio. Para efectuar los cuadros comparativos, hemos considerado, en la distribución geográfica, las divisiones territoriales expuestas más arriba.

Comparando las cifras, podemos apreciar que el mayor número de primeros ingresos corresponde, de acuerdo con la primera división enunciada, a la región del centro y, conforme a la segunda, a la zona costa-sierra. En el primer caso, la cantidad es de 899 enfermos con 60,95% y, en el segundo, de 794 con 53,93%. A estos datos siguen luego, en los del primer caso, el grupo Norte con 204 enfermos y 13,83% y, en el segundo caso, la zona sierra-selva con 302 pacientes y 20,47%. Viene después, según la primera división, el grupo Sur con 167 enfermos y 11,32% y, conforme a la segunda, la zona costa-sierra-selva con 70 enfermos y 4,95%. En la segunda división tenemos a la costa con 59 enfermos y 4%, a la sierra con 36 enfermos y 2,44% y, por último, la selva con 6 enfermos y 0,41%. Los extranjeros ocupan en ambas divisiones el mismo porcentaje, así como los ignorados, haciendo los primeros un total de 95 enfermos y 6,44% y los segundos 110 enfermos y 7,44%.

Si comparamos las cifras anteriormente expuestas, vemos que hay una relación muy estrecha entre la cantidad y porcentaje del grupo Centro con la zona costa-sierra. Observamos que la mayor afluencia de enfermos se produce de las regiones céntricas de nuestro territorio, con un radio de acción que comprende desde la costa hasta los Andes. Igualmente la zona sierra-selva ocupa lugar importante en la

afluencia de ingresos y, en el orden cuantitativo, es el segundo, con un porcentaje de 20,47%. La costa, la sierra y la selva en sí, como puntos culminantes en la división geográfica, muestran porcentajes bajos, cuyos coeficientes tienen un nivel muy pequeño en comparación con las formas intermedias.

En la división geográfica por regiones (norte, centro y sur) nos parece que la apreciación de la afluencia de enfermos no es tan interesante como la división geográfica por zonas (costa, costa-sierra, costa-sierra-selva, sierra, sierra-selva y selva). Esta última manera de clasificar el territorio nos parece más apropiada, sobre todo para el tema que tratamos, pues podemos apreciar las variaciones que sufre la distribución de enfermos con diagnóstico de esquizofrenia en nuestro territorio y, además, nos hace ver, con más exactitud, la influencia de las condiciones climáticas y ambientales intermedias, cuyo predominio es más marcado que en las zonas con ambiente geográfico uniforme. Tenemos así que, en las zonas que se hallan en la intersección de climas definidos existe mayor predominio en el porcentaje de enfermos mentales. Las zonas de mayor afluencia son las de la costa-sierra y de la sierra-selva (53,93% - 20,47%), en tanto que las zonas geográficas bien definidas en cuanto a su clima y situación se refiere no tienen sino muy reducido porcentaje de enfermos, como ocurre en la costa, en la sierra y en la selva (4% - 2,44% - 0,41%).

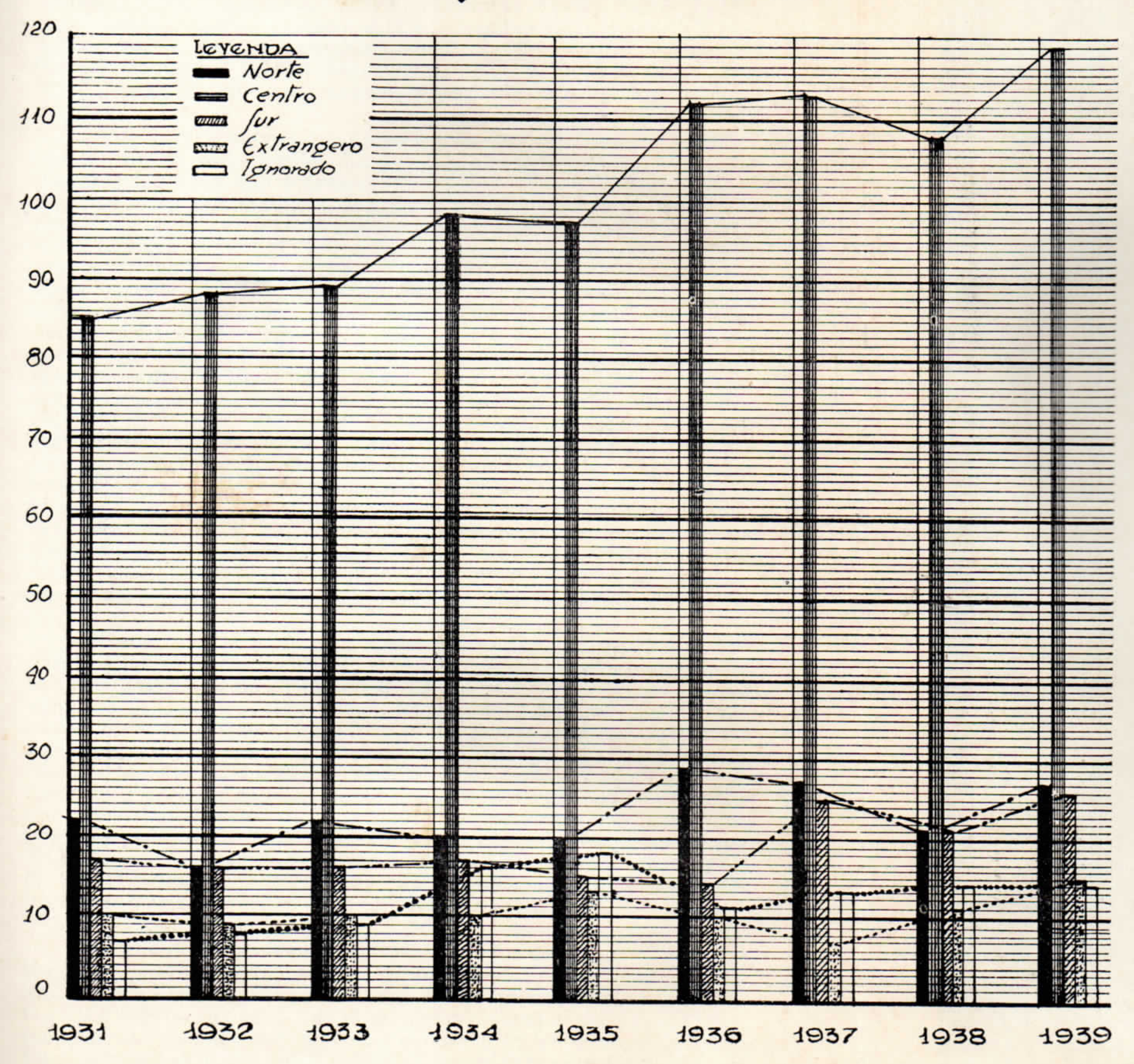
El porcentaje de distribución del Norte y del Sur es de 13,83% y de 11,32% respectivamente.

Tenemos, pues, que hay un gran núcleo que absorbe la mayor parte de los ingresos que es el del Centro, conforme a la primera división regional, y la zona costa-sierra de acuerdo con la segunda, en tanto que las otras regiones o zonas muestran un porcentaje no muy alto, teniendo en cambio población numerosa con índice elevado de densidad humana. Esta desigualdad en la distribución y afluencia de enfermos no creemos que sea debida a una mejor capacidad mental ni a un mejor ambiente físico, ya que hay centros de población en nuestro territorio que muestran múltiples aspectos de estancamiento intelectual y cuyas condiciones y capacidades no han sido suficientemente estudiadas y, más aun, no han sido abordadas desde el punto de vista médico-social.

En los nueve años de estadísticas consultadas, los mayores ingresos departamentales los han constituído Lima, Ancash, Junín, Arequipa, Ica, La Libertad.

Adjunto a esta página insertamos el cuadro del lugar de nacimiento. En él podremos apreciar las variaciones que presentan los departamentos en cuanto se refiere a los primeros ingresos al Hospital "Víctor Larco Herrera" con diagnóstico de esquizofrenia. Respecto del porcentaje tenemos las siguientes cifras según departamentos: Lima, 28,41%; Ancash, 7,86 %; Junín, 7,86 %; Arequipa, 6,71%; Ica,

COMPARACION SEGUN LAS REGIONES



5,69% ; La Libertad, 4,95%; Callao, 3,86% (Prov. Constitucional); Cajamarca, 3,39%; Ayacucho, 3,19 %; Huánuco, 2,17%; Piura, 2,44 %; Huancavelica, 1,90%; Cuzco, 2,11%; Lambayeque, 1,76%; Puno, 1,02%; Tacna, 0,61%; Apurímac, 0,54%; Loreto, 0,41%; Amazonas, 0,41%; Moquegua, 0,34%; San Martín, 0,34% y Tumbes, 0,14%. Los extranjeros y los ignorados acusan, respectivamente, 6,44% y 7,46%.

Por los porcentajes que acabamos de exponer, vemos que difieren mucho en cada región. Lo único que podemos anotar es que los mayores ingresos han correspondido a regiones en las cuales las industrias y las manufacturas, la minería y la agricultura, se hallán más desarrolladas que en otros departamentos y que, por lo tanto, la actividad humana es más intensa. A pesar de eso, Puno, departamento de gran actividad y población numerosa, exhibe una tasa de esquizofrénicos muy reducida. No creemos que es simplemente el factor ambiental y las condiciones sociales, en las que se hallan los habitantes de los diversos lugares del Perú, el que condiciona el mayor o menor número de esquizofrénicos. Nos parece que en la mayor o menor afluencia de estos enfermos al Hospital "Víctor Larco Herrera" existen causas de muy diversa índole. En primer lugar, el número de enfermos enviados depende de la tolerancia social de éstos en los diferentes lugares; en segundo término, es debido a la mayor o menor facilidad de transporte, y, tercero, a la naturaleza de vida que las diferentes comunidades sociales llevan y que representan un factor poderoso en el determinismo de las reacciones mentales y más en el caso de la esquizofrenia, si la tomamos como tipo de reacción parergásica. Por eso tiene tanta importancia y más tratándose de medios y razas tan diferentes el estudiar la adaptación social de habitantes de medios rurales en ambientes urbanos y ver las reacciones psíquicas que en éstos se producen.

Respecto a la tolerancia social en los departamentos del Perú para con los enfermos mentales, éste es siempre un fenómeno propio del primitivismo en las costumbres. En las regiones en las que la vida adquiere un ritmo tranquilo y fácil, los enfermos mentales que no presentan trastornos ostensibles y formas peligrosas para la convivencia social permanecen dentro de la comunidad llevando una vida parasitaria. Por lo general, el término "locura" es aplicado a individuos cuyas reacciones sociales son altamente extrañas y perjudiciales; aquéllos que presentan características mentales de tipo esquizofrénico simple, por ejemplo, no son considerados por el común de las gentes como "locos" sino más bien como "tipos raros". De ahí que, por las calles de las ciudades, deambulen tipos cuyo comportamiento está muy lejos de las formas normales de la convivencia social.

En cuanto al problema del traslado de los enfermos mentales al Hospital "Víctor Larco Herrera", tropieza con una serie de factores que imposibilitan en gran parte el ingreso de un mayor número de enfermos a este nosocomio. Hay el problema de la distancia, muchas veces enorme, que hace casi imposible el acceso del enfermo al Hospital. En otras oportunidades, es la dificultad del trámite del expediente respectivo. Por último, la asistencia hospitalarla no se realiza por causas

de orden económico, pues los enfermos indigentes se asisten por cuenta de los Concejos Provinciales de los diversos departamentos de la República, que perciben una renta insuficiente para atender a dichos gastos.

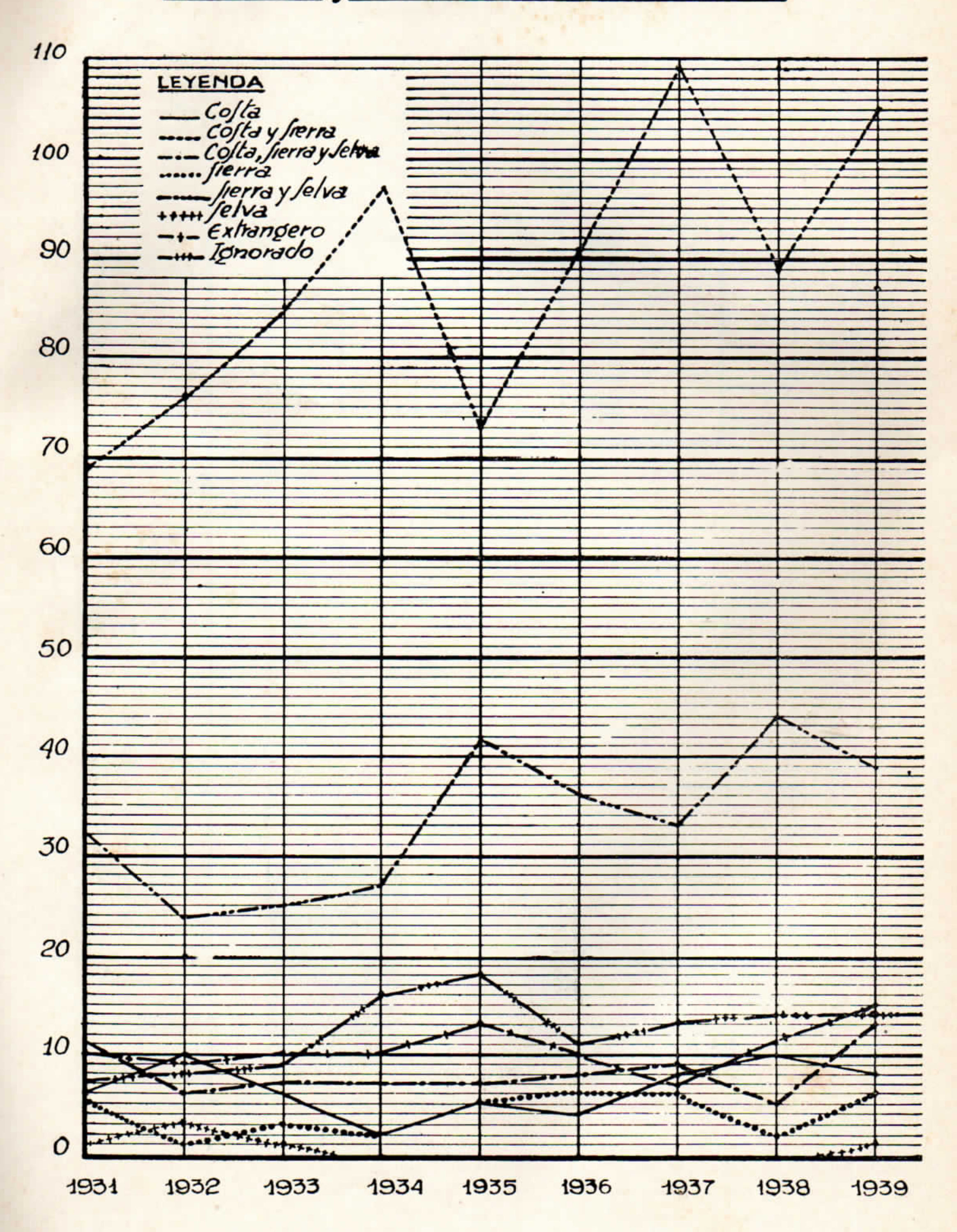
Siguiendo el orden trazado en este capítulo, vamos a ver ahora la relación que guarda el tipo constitucional con la esquizofrenia; la relación que existe entre dichos tipos somáticos y las formas clínicas, y la distribución geográfica de los mismos según la división de costa, sierra y selva. La cantidad de esquizofrénicos examinados según la ficha de KRETSCHMER y que sirven de pauta para el estudio que vamos a hacer ahora ha sido de 525.

Vamos a comenzar haciendo la distribución global de los tipos constitucionales en la esquizofrenia. En primer término tenemos a los leptosomos, que aparecen con un porcentaje de 55,24%. En segundo lugar tenemos a los pícnicos con un porcentaje de 41,71%. Los atléticos y los tipos inclasificables han sido incluídos dentro de la denominación "Otros tipos", acusando un porcentaje de 1,14%. Apreciando estas cifras vemos ya que el grupo leptosomo ocupa el primer lugar y que su porcentaje es casi las dos terceras partes del número global de enfermos examinados. Dentro de los grupos polares leptosomo y pícnico hay hay una gama variada de estructuración somática que, para fines estadísticos, hemos agrupado simplemente dentro de estas dos modalidades opuestas. En todos los casos en que la tendencia o hábito leptosómico ha predominado han sido incluídos los tipos con mayor suma de características leptosómicas y, a la inversa, en aquéllos en que ha predominado el hábito pícnico los hemos incluído dentro de dicho tipo.

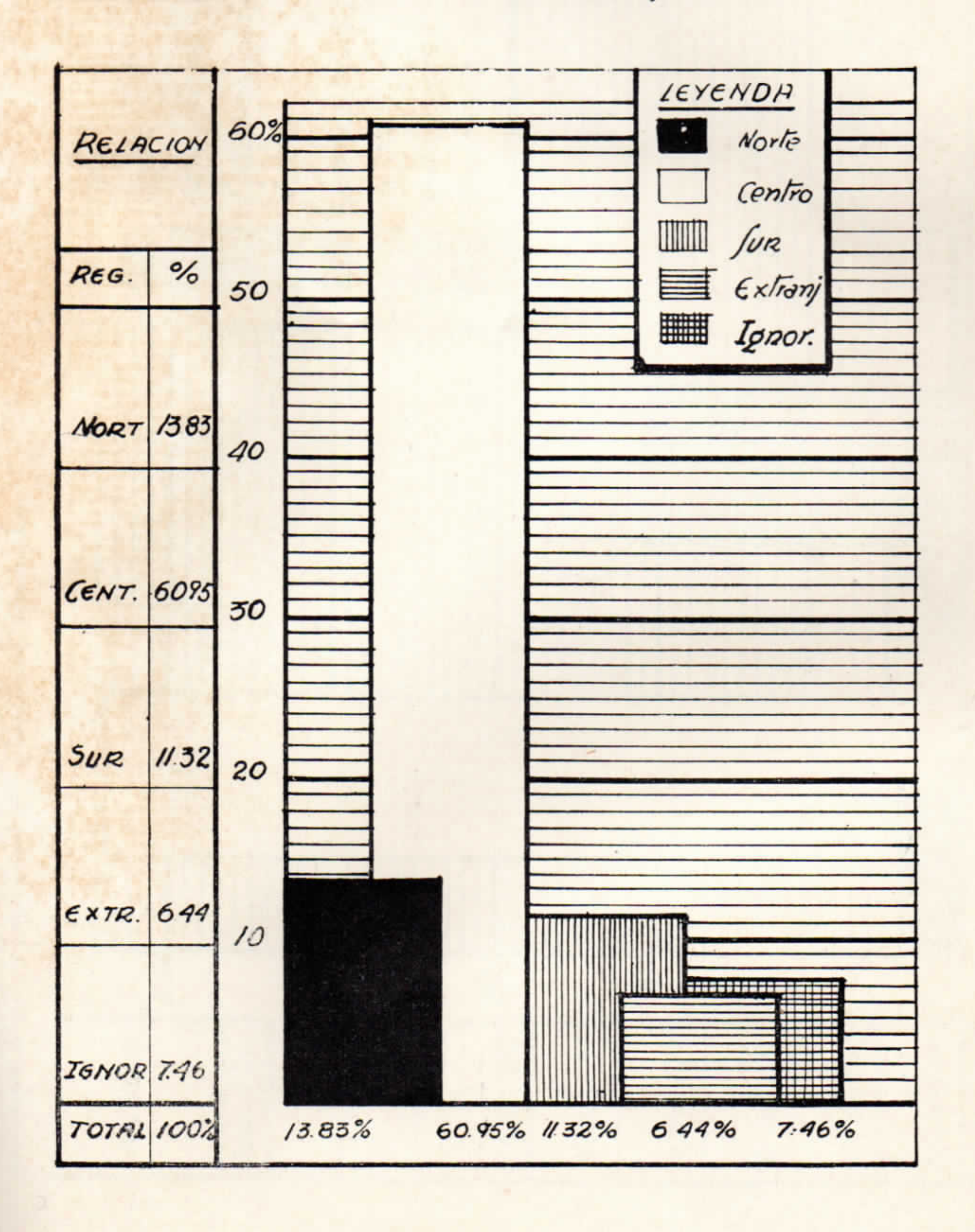
En la apreciación global de los tipos constitucionales en la esquizofrenia vemos que en el grupo leptosomo priman los hombres sobre las mujeres (56,27% y 54,20%), en tanto que, en el grupo pícnico, son las mujeres las que están en mayor proporción que los hombres (45,42% y 38,03%). Si del cuadro estadístico suprimimos a los extranjeros y a los de procedencia desconocida, veríamos que los tipos netamente peruanos tienen una ligera predominancia femenina sobre la masculina en los tipos leptosomo y pícnico (ver la gráfica adjunta).

Divididos los tipos constitucionales por regiones, tenemos la siguiente distribución: 1°., costa. En ella el tipo leptosomo tiene un porcentaje menor que en la sierra (52,02% – 57,87%). 2°., sierra. En ésta el tipo pícnico tiene un porcentaje inferior al de la costa (43,95% en la costa y 39,59% en la sierra). 3°., selva. El porcentaje de pícnicos sobre leptosomos tiene una relación mucho más amplia y más característica que en las otras dos regiones, El porcentaje es: pícnicos, 70%, leptosomos, 30%.

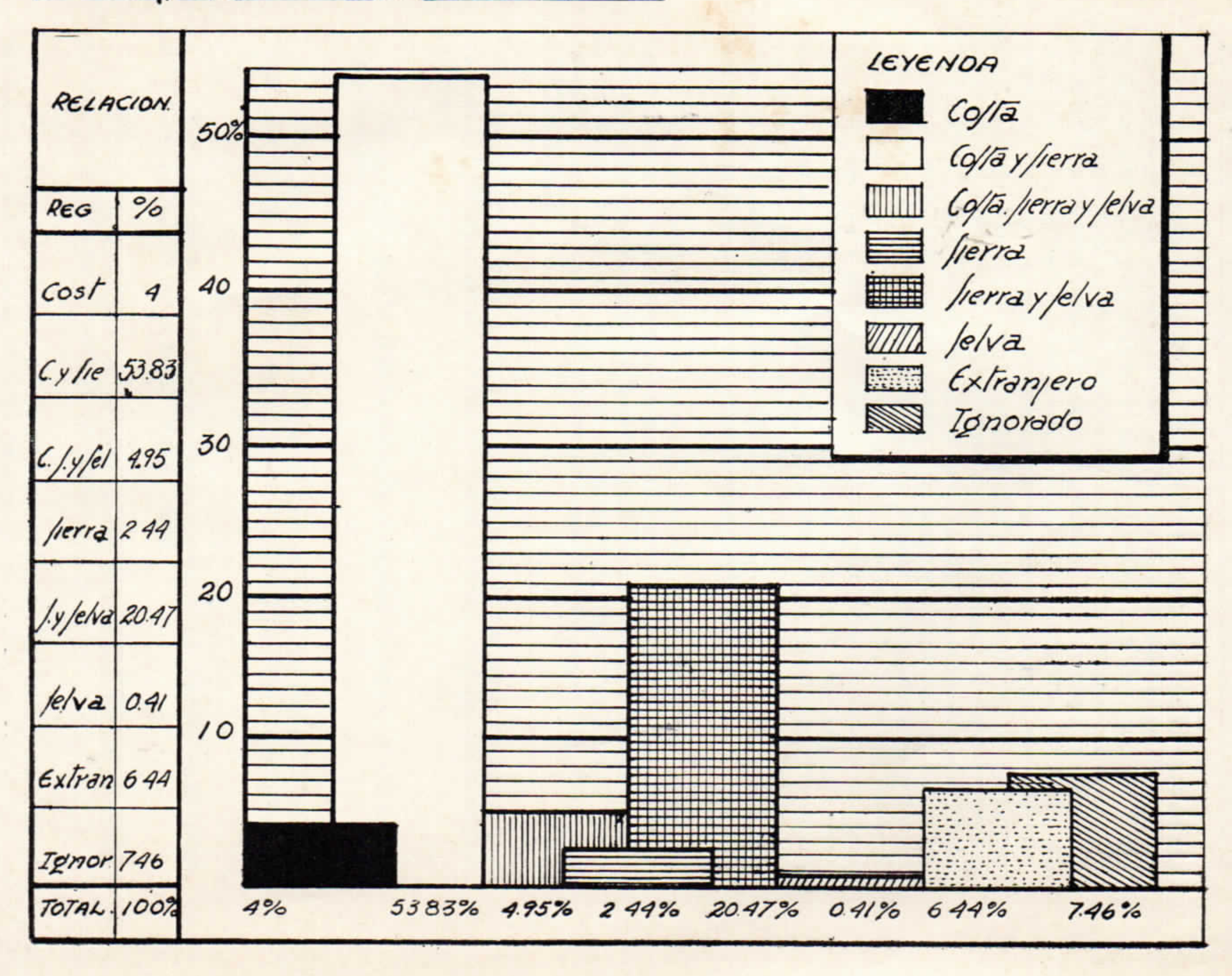
COMRACION SEGUN LAS REGIONES Nº 2



Porcentajes en la Distribución Geografica C. Nº 3



Porcentajes ſegún Regiones C. Nº 4



REG	%
Cost	4
C. y ſie	53.83
C. ſ. y ſel	4.95
ſierra	2 44
ſ. y ſelva	20.47
ſelva	0.41
Extran	6 44
Ignor	7 46
TOTAL.	100%

Como podemos apreciar por los datos anteriormente expuestos, las características somáticas de los enfermos examinados responden ampliamente a los postulados de la antropología, la cual asigna a los hombres de climas cálidos predominancia de caracteres pícnicos y a los hombres de regiones gélidas y de grandes alturas constitución física predominantemente leptosómica. Hay que hacer notar un hecho interesante dentro de las características somáticas de nuestros habitantes y es que, en éstos, no se presentan con la nitidez de las dimensiones acordadas a individuos de igual tipo en otras razas. A este respecto, GUTIERREZ-NORIEGA ha dicho que "la clasificación de individuos de raza blanca hispano-americana y de negros ofrece menos dificultades, pues en ellos encontramos mucho mejor caracterizados a los tipos clásicos de Kretschmer, tipos que en la raza india peruana son menos precisos, pues si bien es cierto que el pícnico ejemplar se encuentra muy frecuentemente entre los nativos de la costa norteña, el leptosomo típico es, en cambio, mucho más raro. Nos referimos al leptosomo esbelto y longuilíneo, peculiar de los sajones. En el indio el leptosomo inviste caracteres menos nítidos, lo cual depende, como está dicho, de su baja estatura y del gran desarrollo toráxico".

Veamos ahora cuáles son las predominancias somáticas de los tipos constitucionales en relación con las formas clínicas. Para efectuar esta comparación estadística hemos dividido cada forma clínica con relación a dos factores: 1º., con el total del tipo somático; 2º., en relación con el total de enfermos clasificados según la ficha de KRETSCHMER.

Iniciaremos este estudio estadístico apreciando la relacion que guarda el tipo leptosomo con las diversas formas clínicas de la esquizofrenia.

De acuerdo con la gráfica adjunta podemos observar la siguiente distribución:

1°.—Los hebefrénicos tienen un porcentaje, en relación con el total del tipo, de 33,10% y, en relacion con el total de enfermos, de 18,29%.

2°.—Los paranoides tienen un porcentaje de 29,60% en el total del tipo y de 16,38% en el total de enfermos.

3°.—La forma simple acusa un porcentaje de 21,73% en el total del tipo y de 12% en el total de enfermos.

4°.—Los catatónicos presentan una relación de 12,41% en el total del tipo y de 6,86% en el total de enfermos.

5°.—Los *otros tipos* clínicos ocupan un porcentaje de 3,10% en el total del tipo y de 1,71% en el total de enfermos.

Prosigamos el examen con la apreciación de las cifras estadísticas en el tipo pícnico. El orden de relación en los porcentajes es el siguiente:

1°.—Los hebefrénicos acusan el 38,33% en el total del tipo y el 16% en el cómputo global de enfermos.

2°.—Los paranoides tienen un porcentaje de 34,70% en el total del tipo y del 14,48% en el total de enfermos.

3°.—El tipo simple aparece con un porcentaje de 15,07% en el total del tipo y de 6,29% en el total de enfermos.

4°.—Los catatónicos acusan el 9,13% en el total del tipo y el 3,81% en el total de enfermos.

5°.—Los *otros tipos* tienen un porcentaje de 2,74% en el total del tipo y de 1,41% en el total de enfermos.

Veamos ahora los otros tipos constitucionales Dentro de éstos hemos englobado, por la reducida proporción que presentan, a los atléticos, displásticos y mixtos. De la totalidad de este grupo, que suma 16 enfermos, 10 pertenecen al tipo atlético, formando éste, por lo tanto, el 62,50% del total de los tipos englobados dentro de la gráfica estadística. En la relación de las formas clínicas con estos tipos constitucionales tenemos los siguientes datos:

1°.—El tipo paranoide tiene un porcentaje de 50% del total del tipo y de 1,52% del total de enfermos. Debemos hacer notar que, de los 8 enfermos de tipo paranoide, 5 son atléticos puros.

2°.—Los hebefrénicos acusan un porcentaje de 25,50% en el total del tipo y del 0,76% en el total del grupo.

3°.—El tipo simple tiene un porcentaje de 12,50% en el total del tipo y de 0,38% en el total de enfermos.

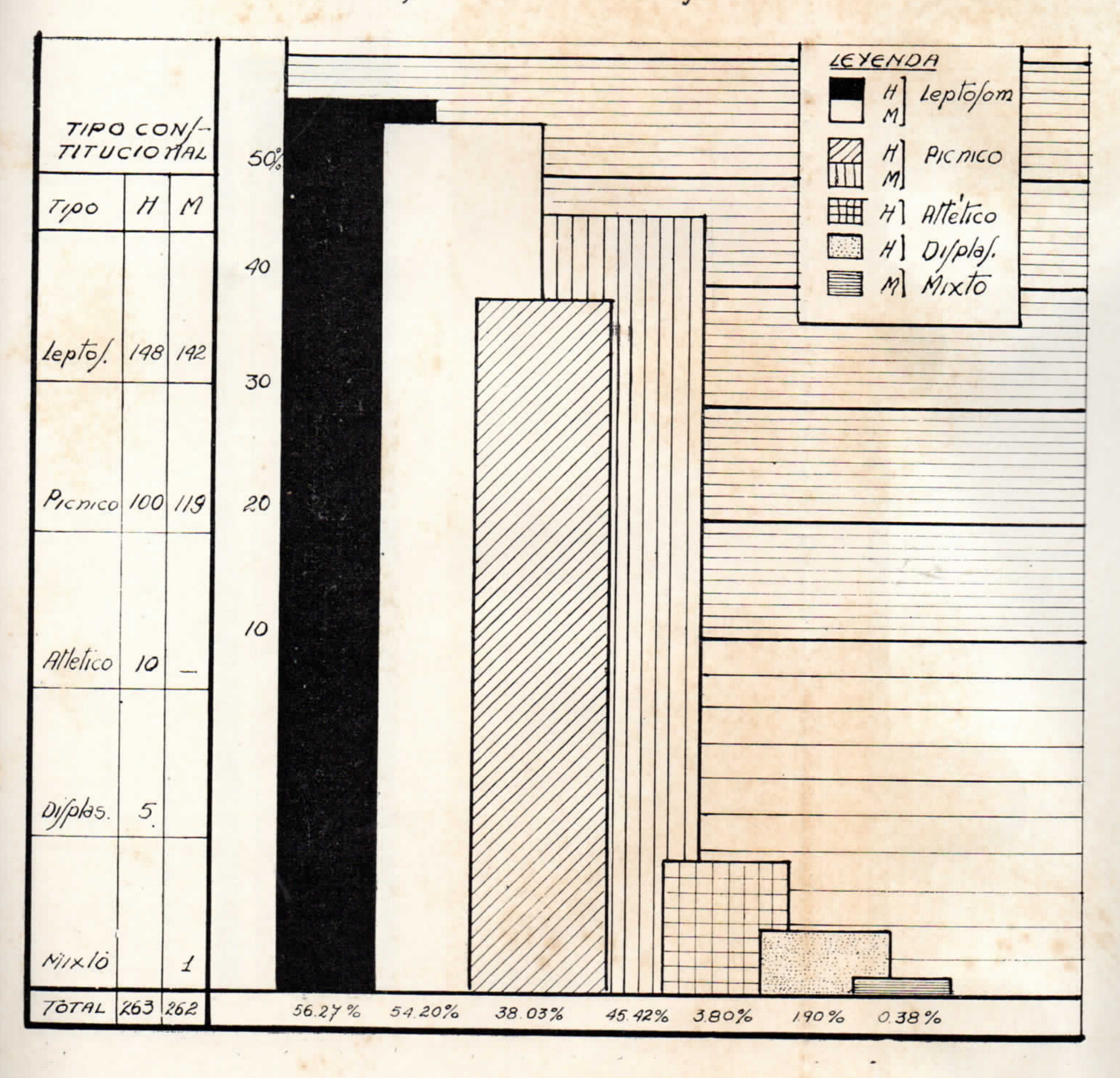
4°.—Los catatónicos acusan un porcentaje idéntico al tipo simple.

Haciendo un resumen de todo lo relativo a la relación que existe entre el tipo constitucional y el tipo clínico, debemos establecer que:

1°.—Los leptosomos se hallan en una relación ligeramente mayor que los pícnicos.

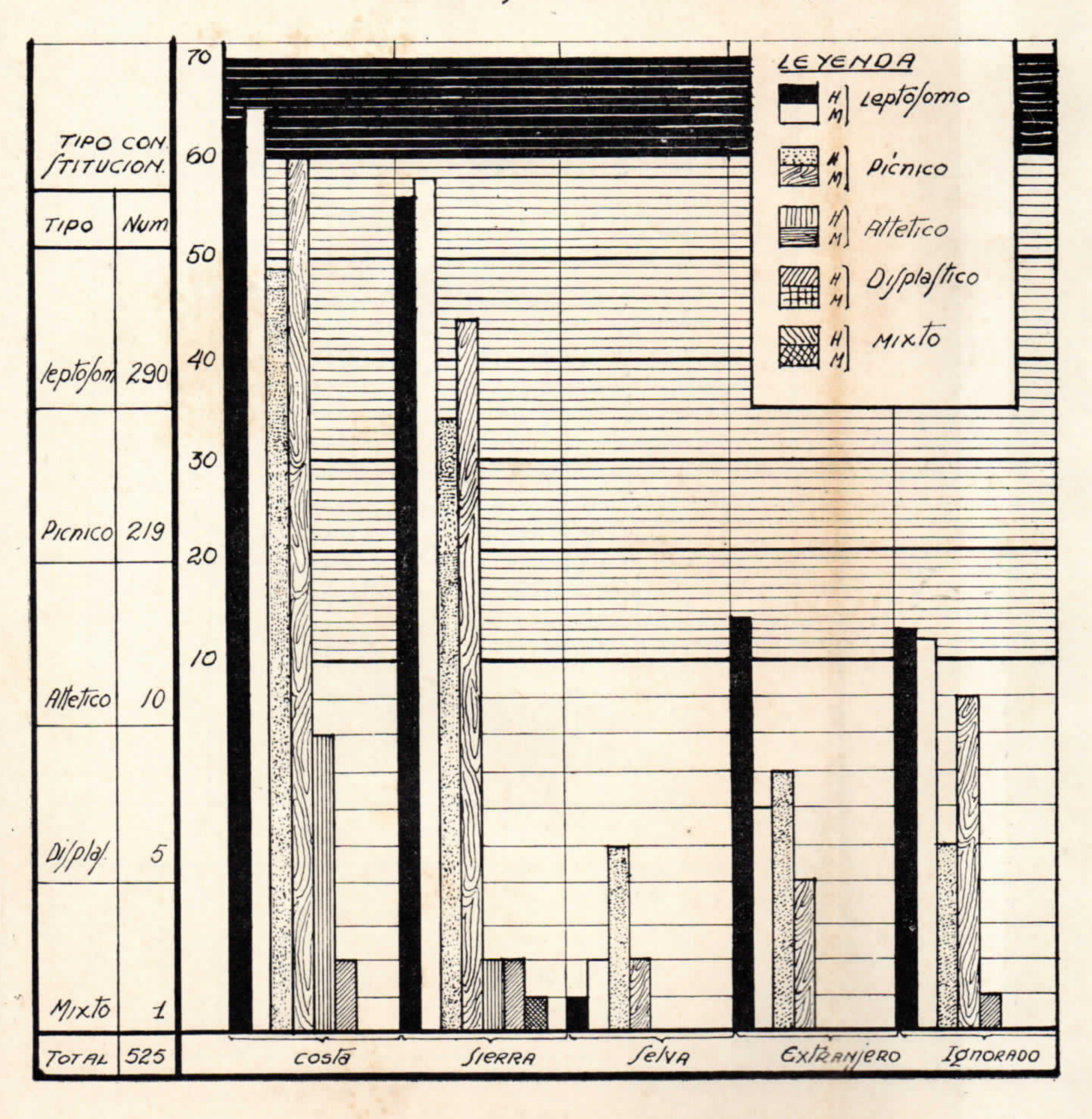
2°.—En el tipo leptosomo, los hombres apenas acusan un porcentaje mayor que las mujeres, en tanto que éstas acusan un porcentaje mucho mayor que aquéllos en el tipo pícnico.

Tipo Constitucional. (Porcentajes)

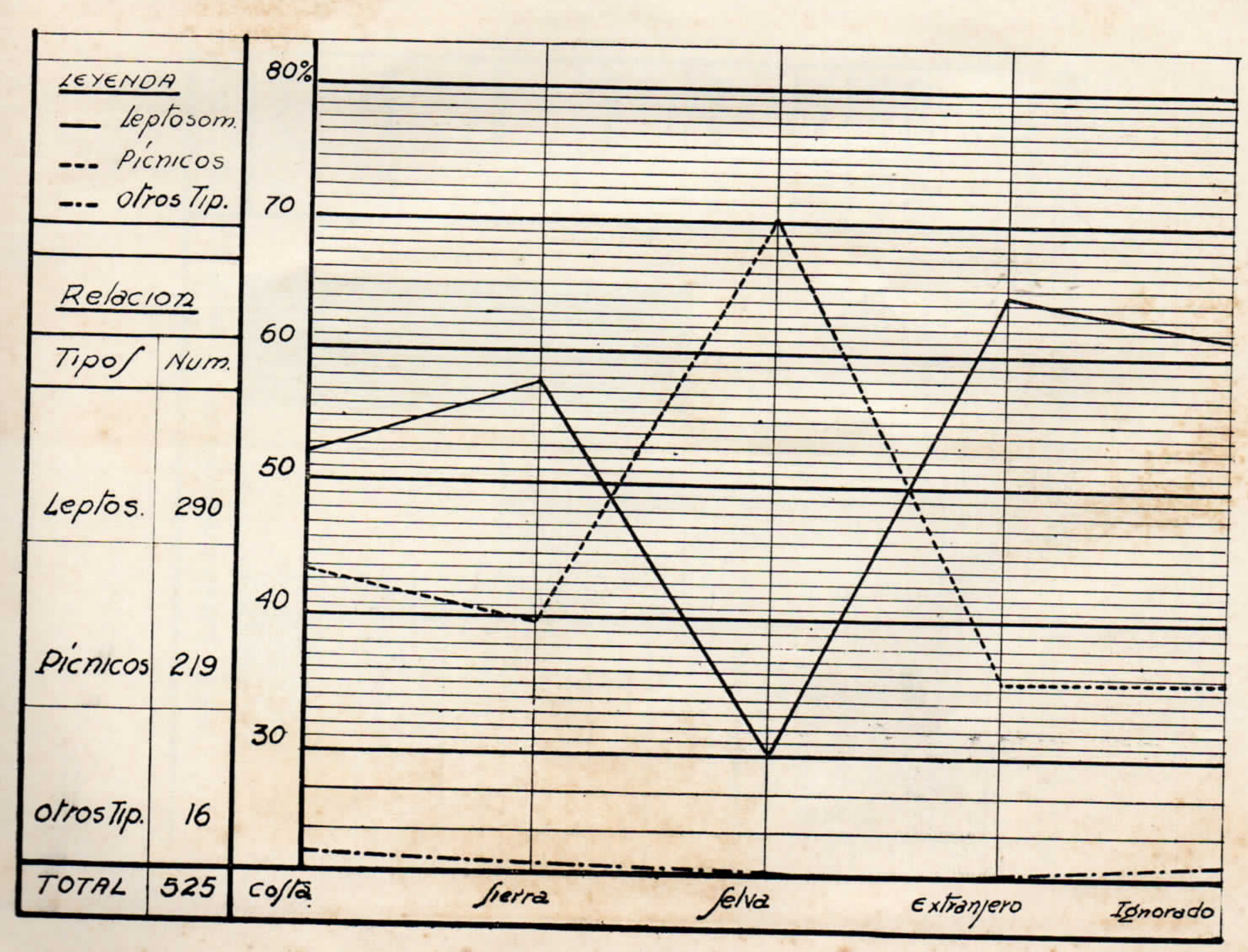


TIPO CONSTITUCIONAL		
Tipo	H	M
Leptos.	148	142
Picnico	100	119
Atletico	10	—
Displas.	5	
Mixto		1
TOTAL	263	262

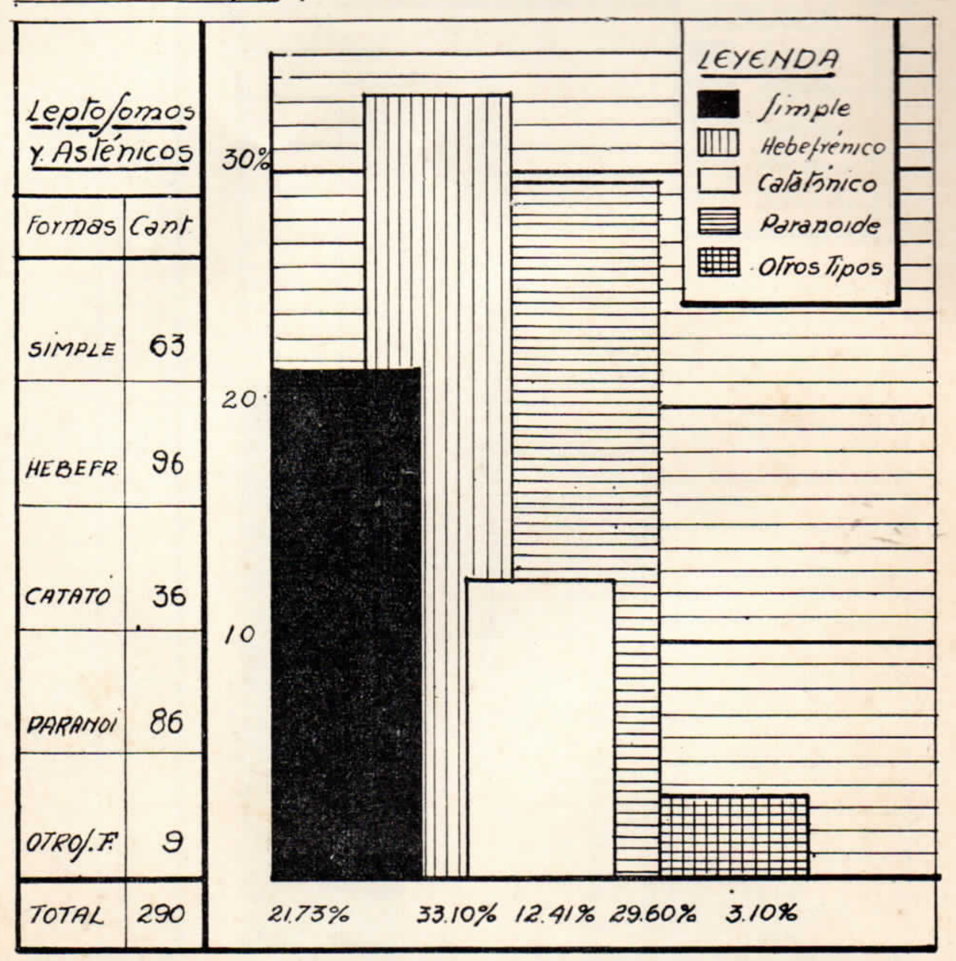
Tipo Constitucional (Cantidades)



Tipos Constitucionales

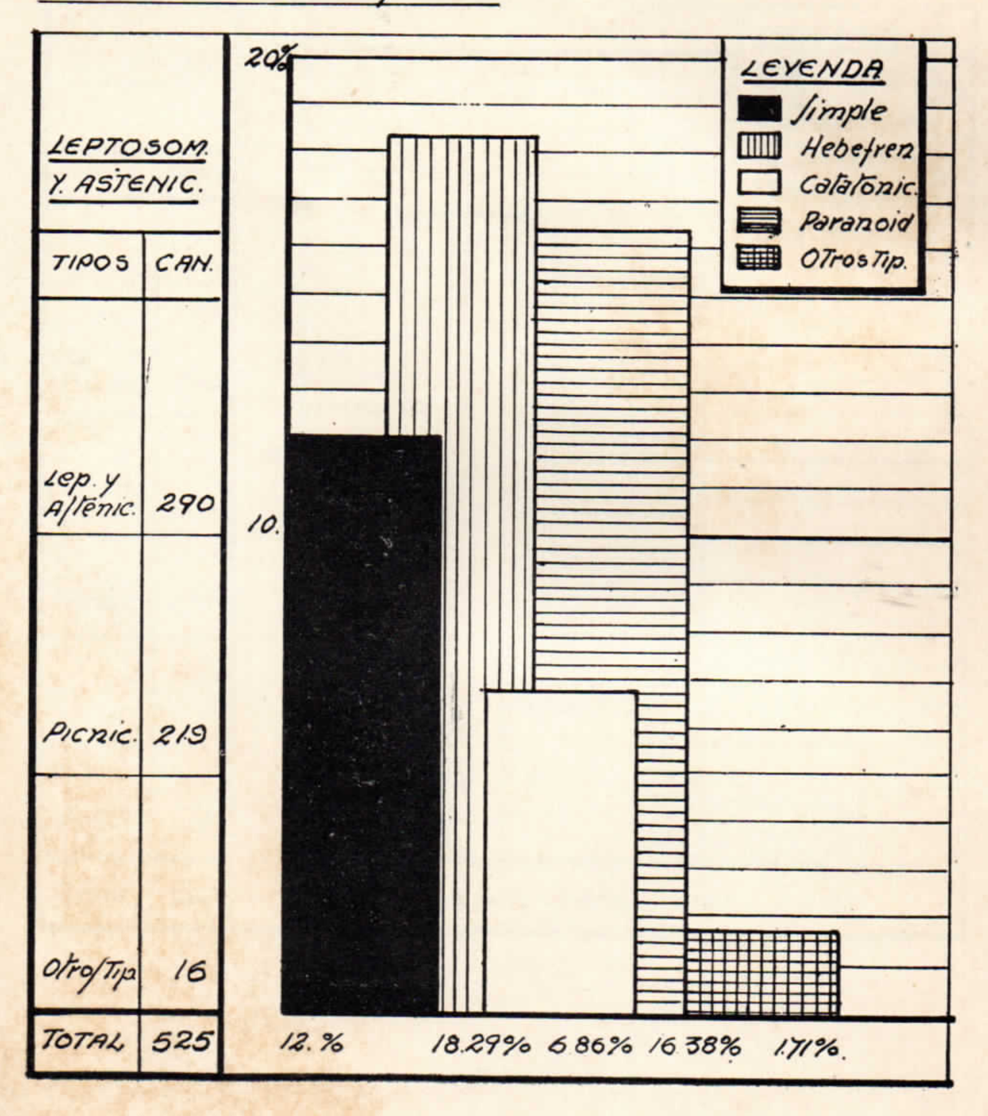


Tipo Constitucional y Formas Clínicas. Porcentajes en relación con el total de Tipo.

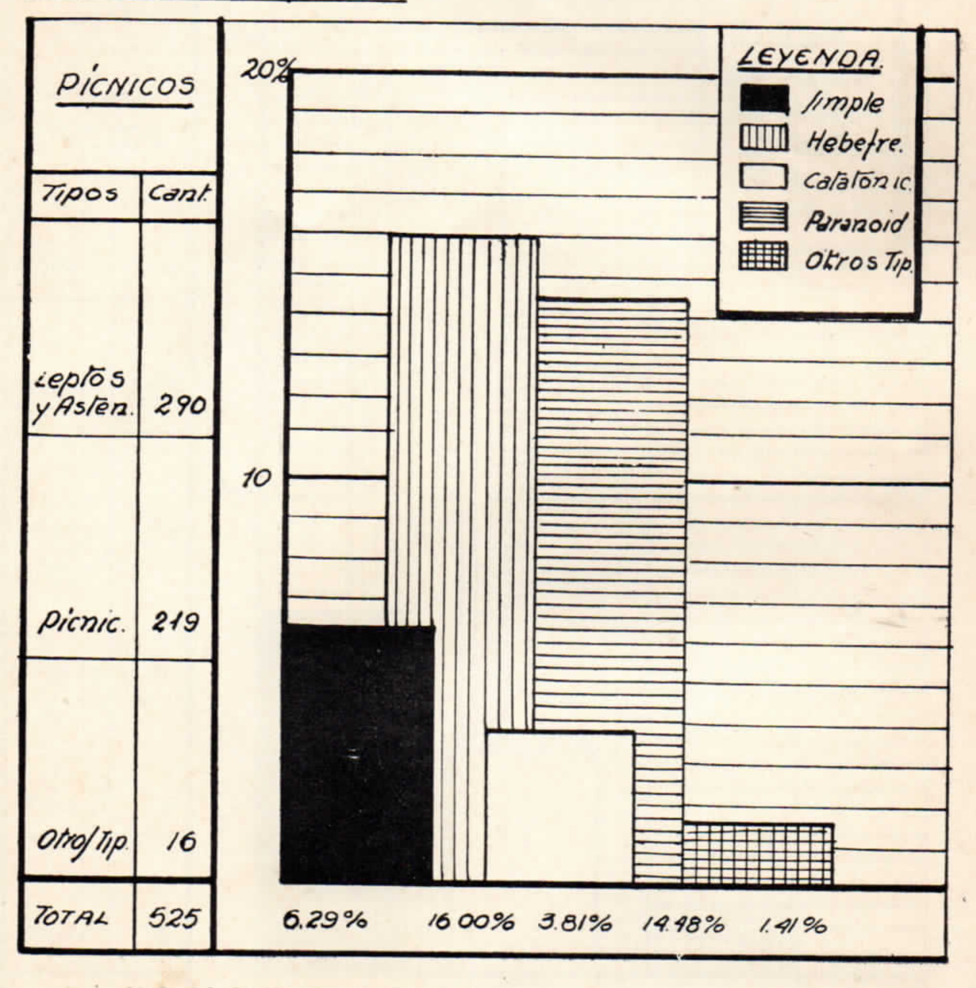


Leptosomos y Asténicos	
Formas	Cant
SIMPLE	63
HEBEFR	96
CATATO	36
PARANOI	86
OTROS. F.	9
TOTAL	290

Tipo Constitucional. y Formas Clínicas. Porcentajes en relacion con el total de enfermos.

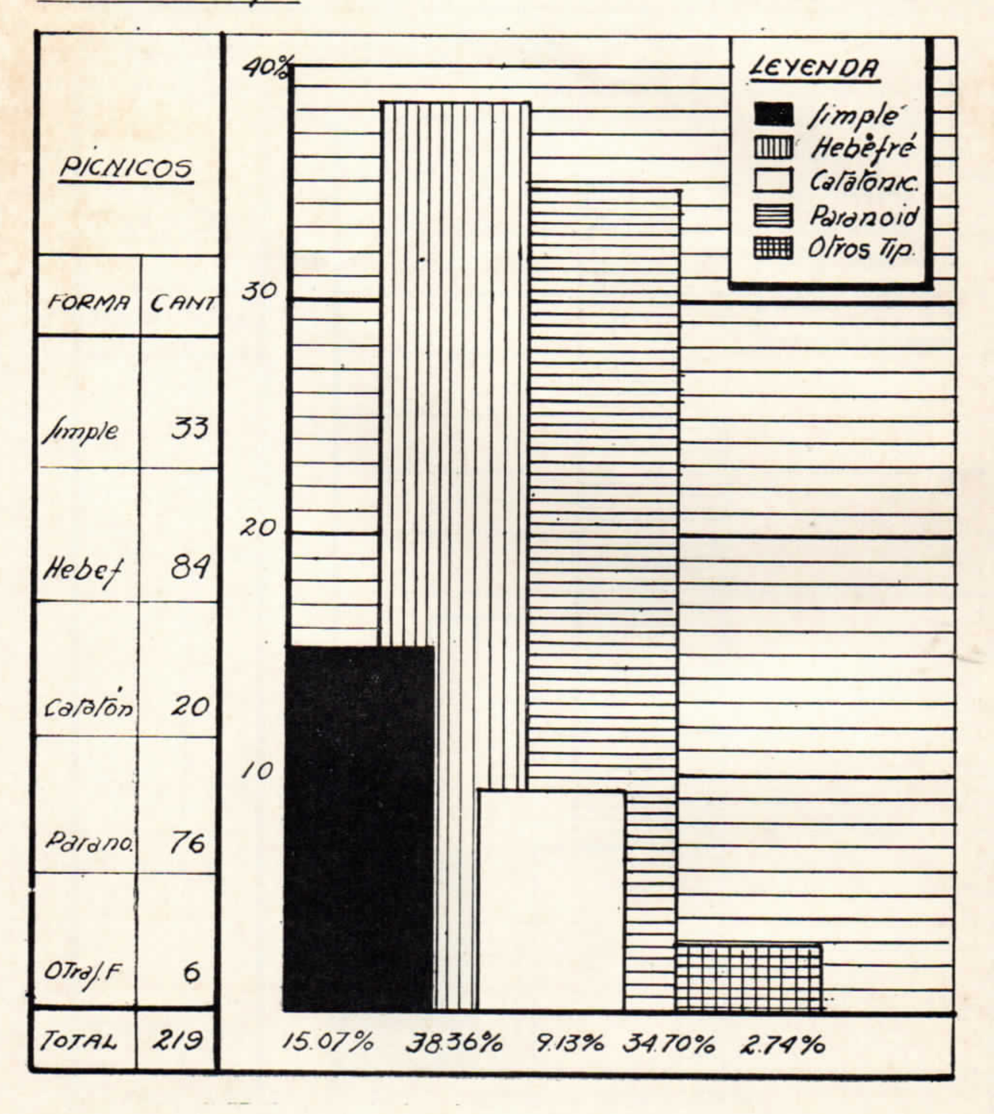


Tipo Constitucional y Formas Clínicas. Porcentajes en relación con el Total de enfermos



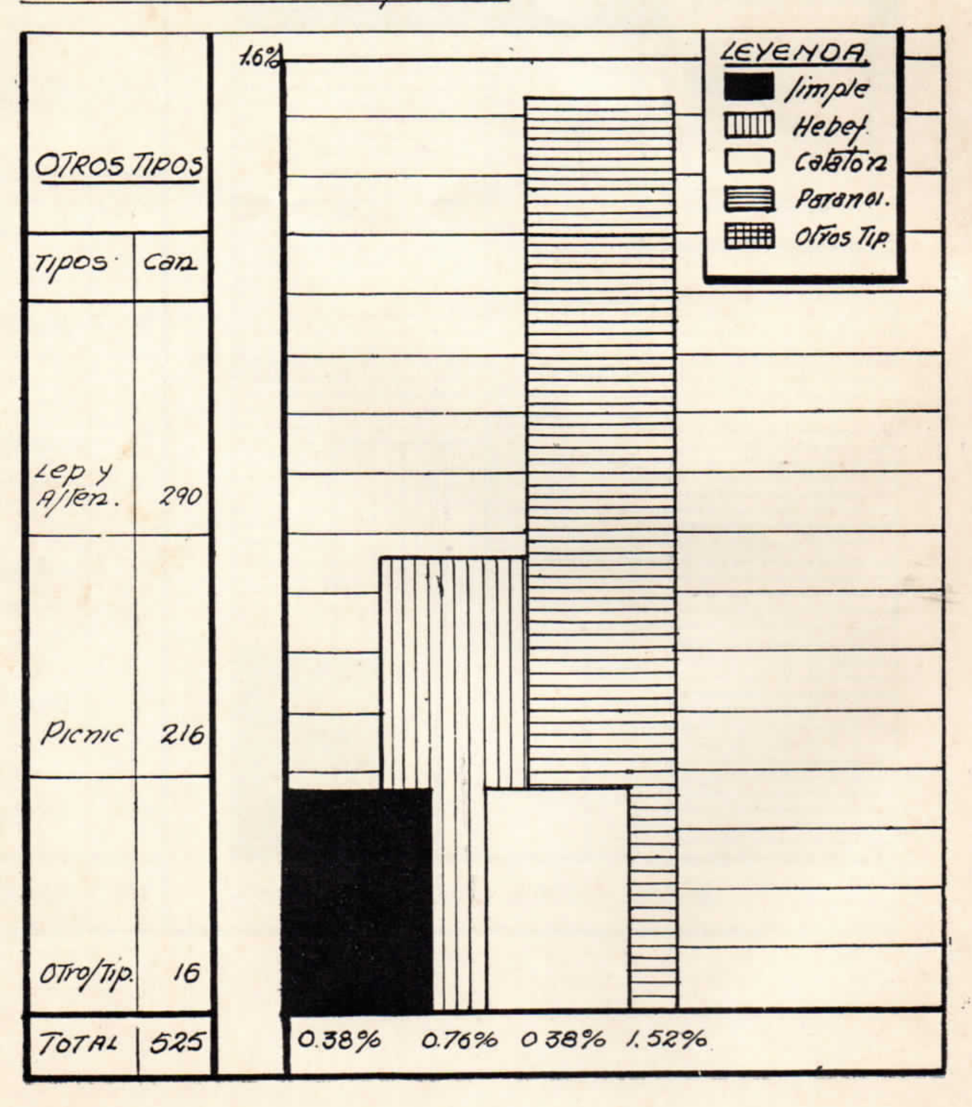
PÍCNICOS	
Tipos	Cant.
Leptos y Asten.	290
Pícnic.	219
Otros Tip.	16
TOTAL	525

Tipo Constitucional y Formas Clínicas. Porcentajes en relación con el total de Tipo

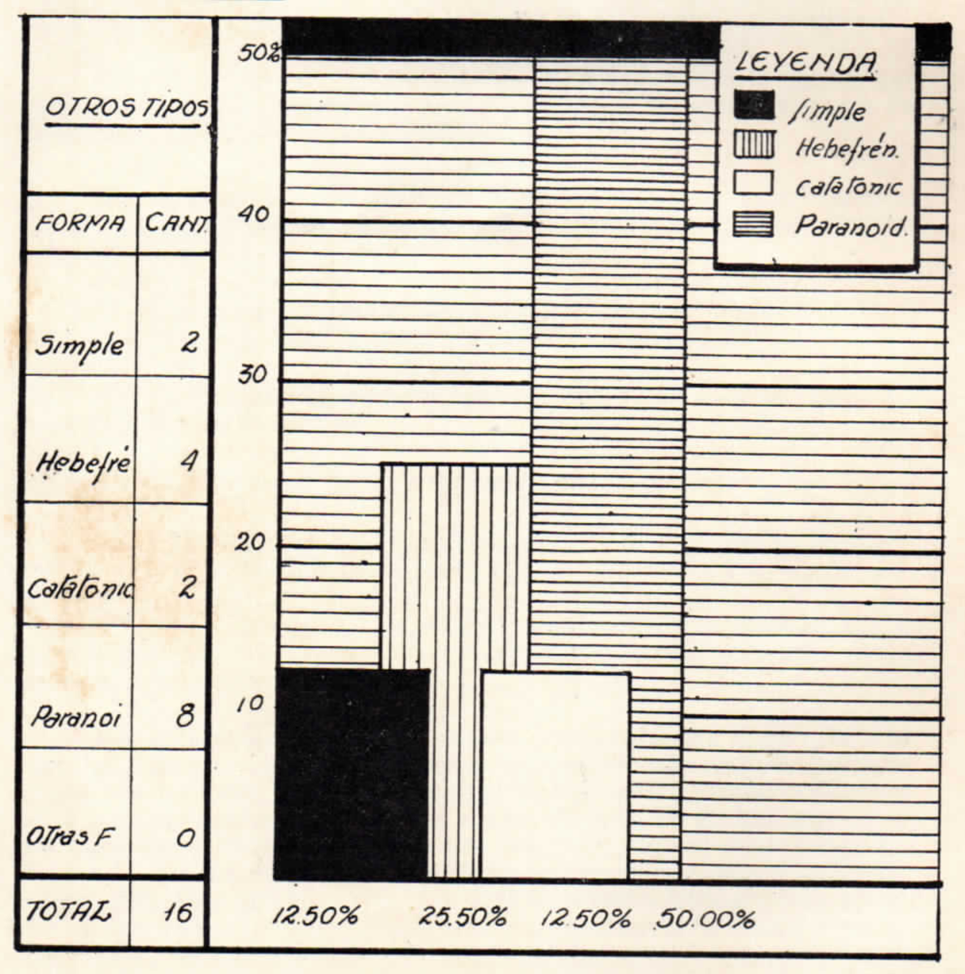


PICNICOS	
FORMA	CANT
Simple	33
Hebef	84
Cataton	20
Parano.	76
Otras F	6
TOTAL	219

Tipo Constitucional y Formas Clínicas. Porcentajes en relación con el total de enfermos.



Tipo Constitucional y Formas Clínicas. Porcentajes en relación con el total de Tipo.



OTROS TIPOS	
FORMA	CANT.
Simple	2
Hebefré	4
Catatonic	2
Paranoi	8
Otras F	0
TOTAL	16

3°.—En la distribución geográfica de los tipos, los leptosomos acusan un porcentaje ligeramente mayor que los pícnicos en la costa, en tanto que éstos se hallan con porcentaje mayor en la sierra y, mucho más acusado, en la selva.

4°.—En la relación de tipo clínico y tipo constitucional, los hebefrénicos han ocupado el porcentaje mayor en leptosomos y pícnicos.

5°.—En los tipos constitucionales englobados bajo la denominación "Otros tipos", los paranoides han ocupado la mitad del total de tipos constitucionales comprendidos en la misma.

6°.—Los tipos de constitución atlética han tenido mayor tendencia al tipo paranoide que a los otros tipos clínicos de la esquizofrenia, ocupando el 50 %.

7°.—Dentro del grupo atlético, el mayor porcentaje de éstos, 80%, ha correspondido a la costa y el 20% restante a la sierra.

8°.—Los displásticos han estado divididos como sigue : 50% en la costa y 50% en la sierra.

9°.—El tipo mixto ha sido exclusivo en mujeres serranas.

10°.—En el grupo de los extranjeros, la proporción de leptosomos ha sido superior a la de pícnicos (18 lep. y 11 píc.), y

11°.—En el grupo de ignorados, la proporción de leptosomos ha sido mayor que la de los pícnicos (24 lep. y 14 píc.). En este grupo sólo ha habido un displástico.

Por lo que acabamos de exponer, vemos que los tipos constitucionales que han entrado en mayor proporción han sido los leptosomos y los pícnicos. A pesar de que al tipo somático estrecho siempre se le ha asignado una proporción mucho mayor que al tipo pícnico en los individuos con diagnóstico de esquizofrenia, en los casos examinados según la ficha de KRETSCHMER, apreciamos que esta relación no es muy grande y que la proporción guardada entre leptosomos y pícnicos es muy estrecha. Desde muy antiguo, se conocía la relación íntima que existía entre el hábito somático y el temperamento psíquico de los individuos y que las reacciones de éstos no eran sino la exageración de su temperamento y de su carácter. MOREL ya lo afirmaba cuando sostenía que: "*la folie n'est rien de plus que l'exagération du caractére habituel ....*" En el caso del hábito leptosomo es el carácter introvertido, esquizotímico, el que acompaña generalmente a este tipo de constitución, siendo su opuesto el pícnico al que va unido el carácter extrovertido, ciclotímico. Por eso, cuando existe un trastorno mental de tipo esquizofrénico en un leptosomo, éste, en parte, no hace sino exagerar las condiciones psicosomáticas de su tipo y, por lo tanto, las

reacciones mentales en él producidas no harán otra cosa que permanecer dentro de su círculo biopsíquico, en tanto que las reacciones esquizofrénicas en un pícnico estarán por lo general en desacuerdo con las normas generales de su constitución, explicables por el factor hereditario recesivo. Antes de terminar este capítulo debemos subrayar un hecho interesante que BALTAZAR CARAVEDO anota, a saber, que ha observado que "los esquizofrénicos pícnicos no tienen tendencia a la curación, como lo afirman otros autores."

CAPITULO IV

Estadística de salidas y pronóstico de la esquizofrenia.— Tratamiento y profilaxis

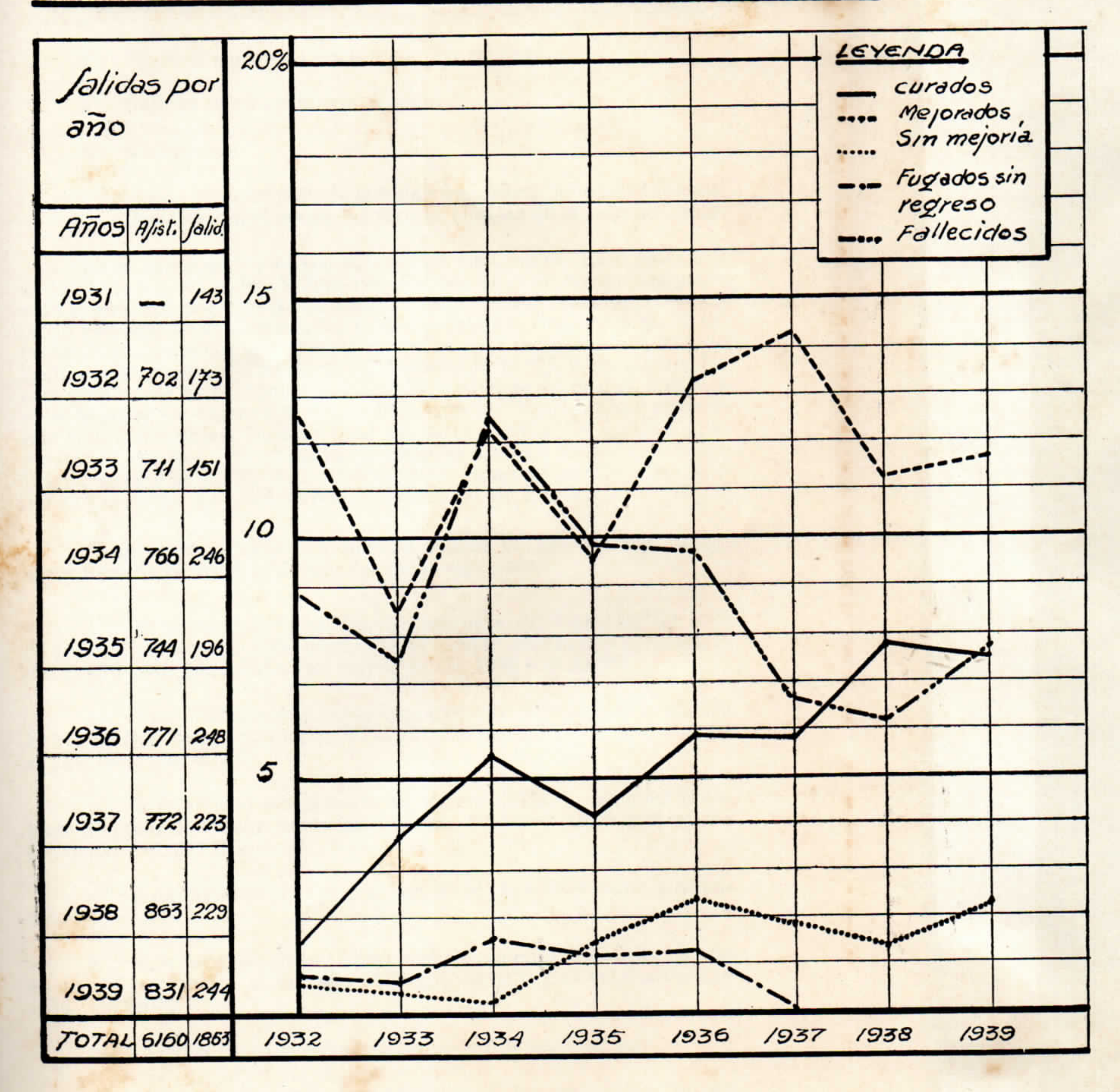
En este capítulo vamos a abordar el estudio de las estadísticas de salidas, englobando dentro de ellas tanto a los egresados a la vida social como los fallecidos. Veremos, de acuerdo con las cifras de salidas, el pronóstico de la esquizofrenia desde el punto de vista de las estadísticas. Hablaremos en seguida de la terapia de dicha psicosis y de los resultados obtenidos hasta la fecha con la introducción de nuevas formas de tratamiento y de sus consecuencias pronósticas. Por último, nos referiremos a la profilaxis de los trastornos mentales y a la mejor manera de encarar este grave problema cuyos límites son tan amplios y cuyas soluciones requieren medios tan poderosos que pretender llegar a alcanzarlas de inmediato es imposible y sólo será lógico pensar que el problema exige largos años y pacientes estudios y amplias campañas por el mejoramiento de la salud mental. Pretender solucionar el problema de las enfermedades mentales en general, de manera inmediata, es asunto de todo punto de vista imposible de de hacer y sólo debemos esperar que los trabajos que en esta época se inicien puedan dar sus frutos en las generaciones del porvenir. La psiquiatría es hoy, más que nunca, auxiliar poderoso de la sociedad para encontrar la solución a conflictos mentales colectivos cuyos efectos la humanidad siente y las colectividades sufren.

De acuerdo con las estadísticas cuyas gráficas adjuntamos, podemos apreciar :

1°.—Causa y porcentaje de salidas.

2°.—Causa y porcentaje de salidas en relación con el número total de esquizofrénicos asistidos.

Causas de Salida en relación con los asistidos



3°.—Tipos clínicos en relación con las salidas.

4°.—Salidas en relación con el sexo.

5°.—Reingresos.

6°.—Causa y porcentaje de defunciones. Mortalidad por tuberculosis en relación con las formas clínicas de la esquizofrenia.

En el curso de los 9 años estudiados han salido 1,853 enfermos en total, de los cuales 568 fallecieron. En esta cifra no hemos comprendido al año 1931 por carecer de algunos datos y sólo consignaremos a dicho año cuando analicemos las cifras de salidas, simplemente. El total de esquizofrénicos asistidos, durante los años mencionados, ha sido 2,501, correspondiendo un porcentaje medio de 27,67% a las salidas. De este porcentaje global tenemos que substraer el de fallecidos, 8,70%, y el de fugados sin regreso, 1,10%, lo que daría un 17,87% como porcentaje medio de salidas. De este total ha correspondido el 5,24% al promedio de egresos con etiqueta de curados o mejor dicho, remitidos. Un porcentaje de 11,68% ha correspondido como promedio a las salidas por mejoría. El 1,39% egresó del Hospital sin mejoría.

Si apreciamos los porcentajes de salidas en relación con el número total de egresados, podremos ver lo siguiente :

1°.—El promedio de salidas con etiqueta de "curados" ha sido de 16,04%. Dentro de este promedio el menor porcentaje correspondió al año 1931, con 3,50%, y el mayor al año 1938, con 29,26%.

2°.—Las salidas por mejoría acusaron un porcentaje de 45,72% El porcentaje menor correspondió al año 1935, con 36,73%, y el mayor al año 1931, con 63,43%.

3°.—Los salidos sin mejoría acusaron el 4,53%, promedio, habiendo tenido el menor porcentaje el año 1934 con 0,81% y el mayor porcentaje el año 1939 con 7,79%.

4°.—Los fugados sin regreso han tenido el 4,53% como promedio.

5°.—Los fallecidos han tenido como promedio el 30,64%, siendo el menor porcentaje el del año 1938 con 23,14%, y el máximo el año 1934, con 39,02%.

Según estos cuadros estadísticos, podemos apreciar que:

1°.—Considerados los casos remitidos y los mejorados, forman un total de 16,92% en relación con el número de asistidos.

2°.—Considerados los remitidos y los mejorados en relación con el número de salidas, el porcentaje ha sido de 61,76%.

3°.—Los fallecidos, en relación con el número de salidas y con el número de asistidos, han tenido un porcentaje de 31,45 % y 8,70%.

4°.—Los salidos sin mejoría acusaron el 4,53% y el 1,39% respectivamente.

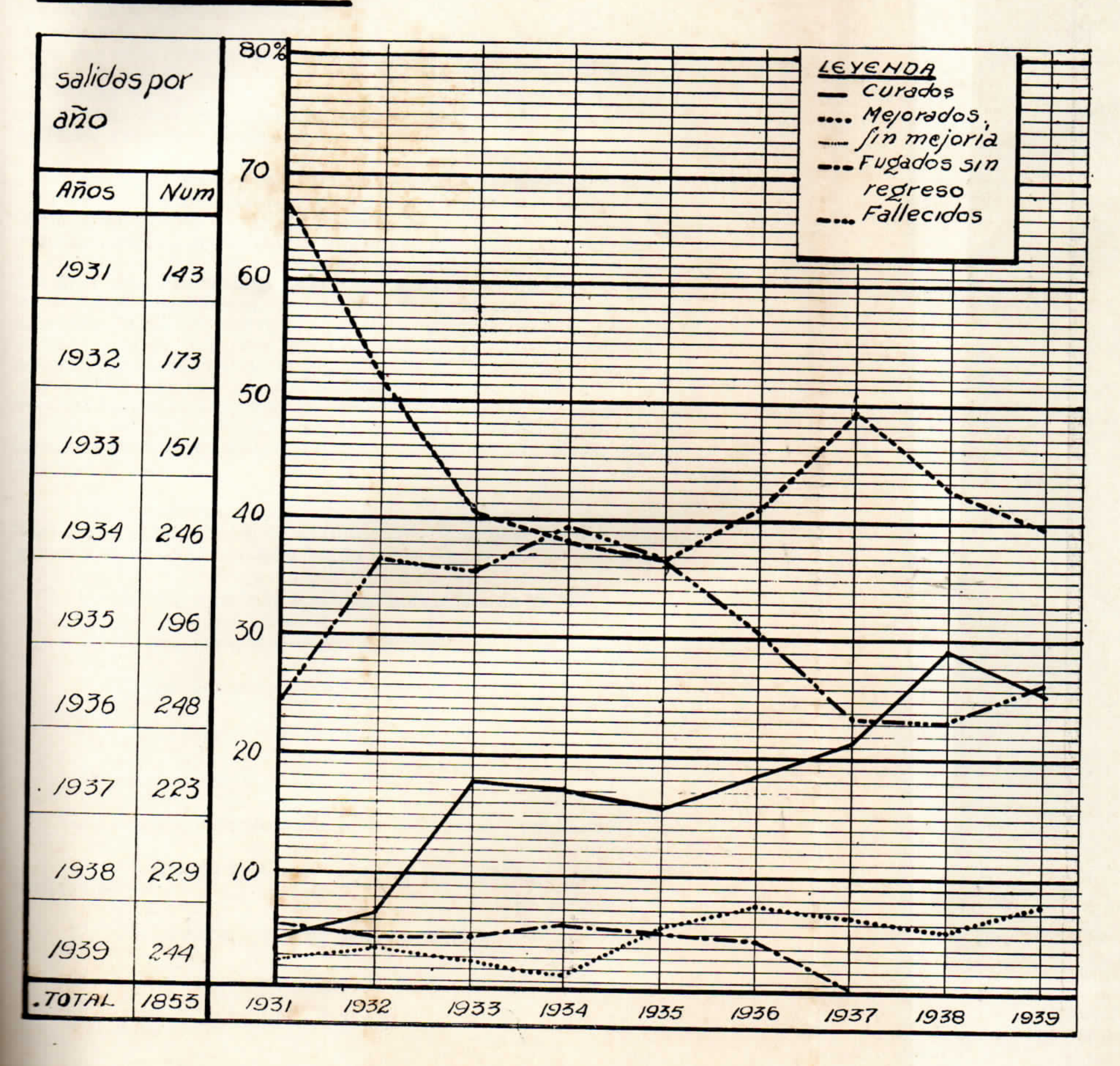
5°.—El porcentaje promedio, que ha permanecido en el Hospital, fué de 72,33% en relación con el total de asistidos.

De las cifras y gráficas expuestas vemos que más de las dos terceras partes de los ingresados y asistidos con diagnóstico de esquizofrenia quedan en el Hospital. Tenemos que hacer notar que de los 1,907 ingresos, 432 fueron reingresados, lo que hace un porcentaje de 22,65% sobre el total, los primeros ingresos representando, el 77,35%.

Mayor importancia tiene apreciar las relaciones entre el número de salidos y el de asistidos que hacer el cálculo de porcentajes en relación con el número de salidos. De esta manera, podemos conocer mejor las remisiones, mejorías o cronicidad de los procesos esquizofrénicos y apreciar las cifras favorables para llegar a un pronóstico que sea más o menos alentador De acuerdo con nuestras cifras, el porcentaje de remisiones y mejorías es relativamente bajo (16,92%) y el porcentaje de estados de cronicidad es crecido (77,70%). B. DUKER, en un estudio sobre el pronóstico de la esquizofrenia, dice que el 20% logra una recuperación social más o menos completa, el 30% presenta trastornos demenciales y el 50% restante alcanza un estado que oscila estre estos dos extremos.

Desgraciadamente, respecto al curso de la esquizofrenia y a las remisiones y mejorías que han tenido lugar a través de los años, los autores que han tratado el hecho no tienen una norma fija y las conclusiones a que han llegado muestran desacuerdo entre unas y otras que imposibilitan decir con certeza y llegar a una evidencia absoluta cuál es el porcentaje medio de remisiones y mejorías en la esquizofrenia. Estas divergencias existen por múltiples motivos, uno de los cuales es la diversidad y cantidad de material examinado por cada autor y la manera de apreciar que adopta frente a los trastornos psicopatológicos. Los psiquiatras que más se han ocupado del pronóstico de la esquizofrenia, en grandes grupos de enfermos, han sido MAYER-GROSS, MAUZ y LANGFELD y la reciente tabla publicada por PULLAR y STRECKER. Desgraciadamente, las conclusiones que se han desprendido de cada una de estas investigaciones han dependido del criterio del observador y los resultados a que han llegado se han basado en la apreciación personal y, como decía BLEULER, que: "En todo caso, el diagnóstico de recuperación depende de la habilidad psicológica del examinador y, sobre todo, del tiempo de que dispone el psiquiatra para la observación y examen del enfermo. Uno puede diagnosticar una re-

Causas de Salida



salidas por año	
Años	Num
1931	143
1932	173
1933	151
1934	246
1935	196
1936	248
1937	223
1938	229
1939	244
TOTAL	1855

cuperación completa, lo cual presumimos cuando una cuidadosa búsqueda revela que no hay señales de enfermedad. Aquel que tiene poco tiempo para examinar a sus enfermos encontrará muchas recuperaciones, que otro consideraría como mejorías....... Un retorno a las condiciones existentes, anteriores a un episodio agudo, no es del todo raro, pero esto no puede ser considerado como una recuperación si una esquizofrenia insidiosa ya ha cambiado notablemente la personalidad del enfermo antes del episodio agudo.

Debemos recalcar un hecho interesante respecto al porcentaje de remisiones y mejorías acusado en los últimos dos años de las estadísticas estudiadas y es que, después del empleo de la insulina y el cardiazol, éstas han aumentado en forma apreciable, tanto en relación a la cifra de salidas como al número de asistidos. Los porcentajes de los años 1938-39 guardan la siguiente relación : remitidos y mejorados, a) en relación con las salidas, 68,55%; b) en relación con el número de asistidos, 19,64%. Si es verdad que el aumento no es muy grande, en cambio, nos permite ver que los tratamientos hoy empleados han abierto una vía para mejorar el pronóstico y aumentar los casos que pueden retornar a la vida civil para adaptarse nuevamente al mundo y realizar funciones dentro de él. Cuando terminemos de exponer las estadísticas de salidas, haremos un estudio más detallado de las condiciones favorables al pronóstico y una crítica más extensa de los datos recogidos.

Veamos ahora los datos y las gráficas correspondientes a las salidas según el tipo clínico de esquizofrenia. Los porcentajes de remisiones y mejorías se han distribuído como sigue :

1º.—El tipo simple ha tenido un porcentaje de 38,50%.

2º.—El tipo paranoide acusó el 26,20%.

3º.—El tipo hebefrénico ha presentado el 12,65%.

4º.—Otros tipos mostraron el 15,50%, y

5º.—El tipo catatónico tuvo el 8%.

Las salidas sin mejoría han tenido el siguiente porcentaje :

1º.—El tipo paranoide y otros tipos acusaron el 26,50%, respectivamente.

2º.—El tipo hebefrénico ha tenido el 22,50%.

3º.—El tipo simple acusó el 14,90%, y

4º.—El tipo catatónico tuvo el 9,50%.

En los fugados sin regreso, la distribución según los tipos clínicos ha sido la siguiente :

1º.—El tipo paranoide ha tenido 34,10%.

2º.—Otros tipos acusaron el 32,90%.

3º.—El tipo simple tuvo el 25,50%, y

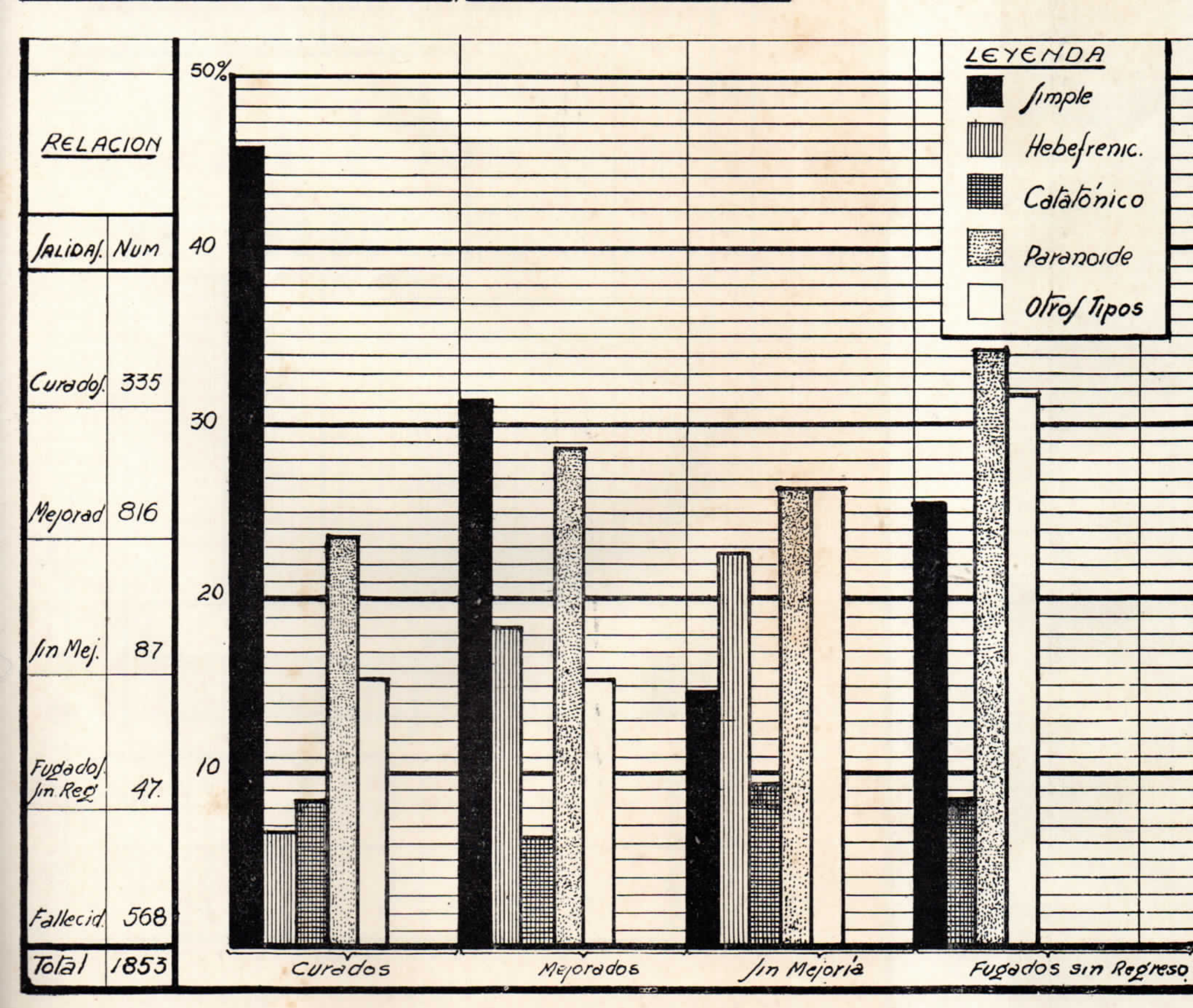
4º.—El tipo catatónico acusó el 8,50%.

De las apreciaciones estadísticas sobre los tipos clínicos y la relación que éstos guardan con el porcentaje de salidas, vemos que las cifras expuestas están en cierta discordancia con apreciaciones estadísticas de otros lugares. DUKER, en su trabajo sobre el pronóstico de la esquizofrenia, señala que los tipos que mejor pronóstico tienen son el catatónico y el paranoide, aunque éste último menos favorable que el primero. El tipo paranoide, a pesar de no tener un pronóstico muy favorable desde el punto de vista médico, puede alcanzar una buena adaptación social y continuar una vida aceptable y desempeñar profesiones. Esto, señala el autor, es probablemente debido al hecho de que, en algunos casos, la personalidad es preservada por largo tiempo. Según los datos por nosotros recogidos y más arriba consignados, las formas clínicas que han acusado mayor tendencia a las remisiones y a las mejorías han sido el tipo simple y el tipo paranoide. En contra de esto tenemos la opinión del mismo DUKER, quien dice, respecto al pronóstico del tipo simple y del tipo hebefrénico, que "las peores condiciones desde el punto de vista del pronóstico son la hebefrenia y la esquizofrenia simple. Como lo declaró BLUMKE, la ausencia de emoción en la esquizofrenia simple, no es un paso hacia la demencia, sino la demencia misma."

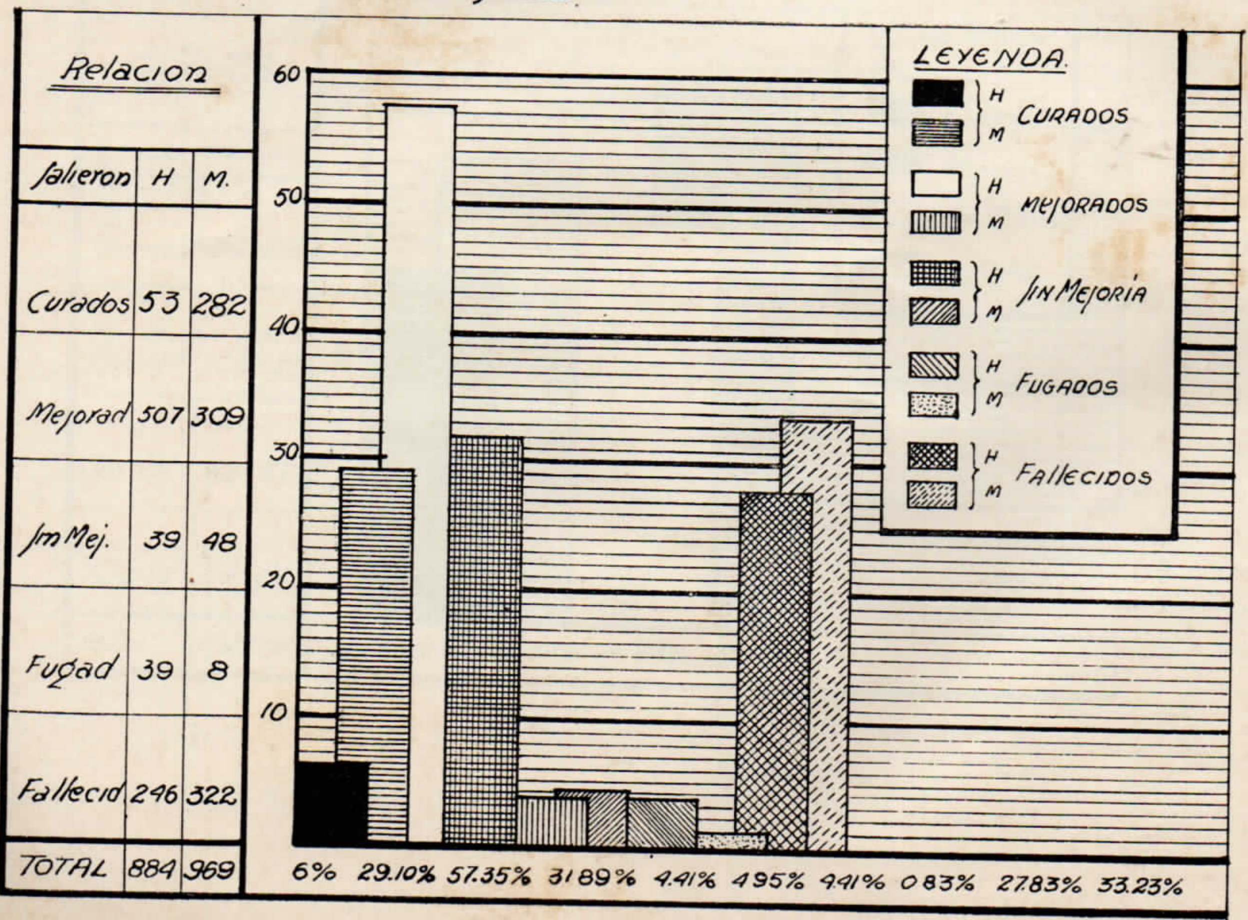
GRUHLE sostiene que el pronóstico de los tipos hebefrénico y paranoide es el más sombrío. BUMKE crée que la forma de peor pronóstico es la paranoide, siguiéndola la hebefrénica y considera como de pronóstico más benigno a la forma catatónica. MAUZ hace intervenir en el pronóstico a los factores constitucionales. Según este autor, las formas peores son las catastróficas acompañadas por un tipo de constitución asténica extrema y, en las formas hebefrénicas, aquellos enfermos en quienes coexiste el tipo clínico con el tipo somático displástico. El tipo catatónico tiene, por lo general, mejor pronóstico, según dicho autor, porque el tipo somático predominante, casi siempre es, o bien el atlético o el leptosomo robusto, tipos que se defienden mejor del embrutecimiento definitivo. MAUZ opina que los pícnicos no sufren las formas catastróficas esquizofrénicas.

En contra de la opinión pesimista respecto al pronóstico de los hebefrénicos y simples que tiene DUKER, DONALD BLAIR sostiene que estos tipos clínicos tienen mejor pronóstico que los catatónicos y paranoides, con excepción de los casos con síntomas patogénicos

Salidas en Relacion con los Tipos Clínicos de la D. P.

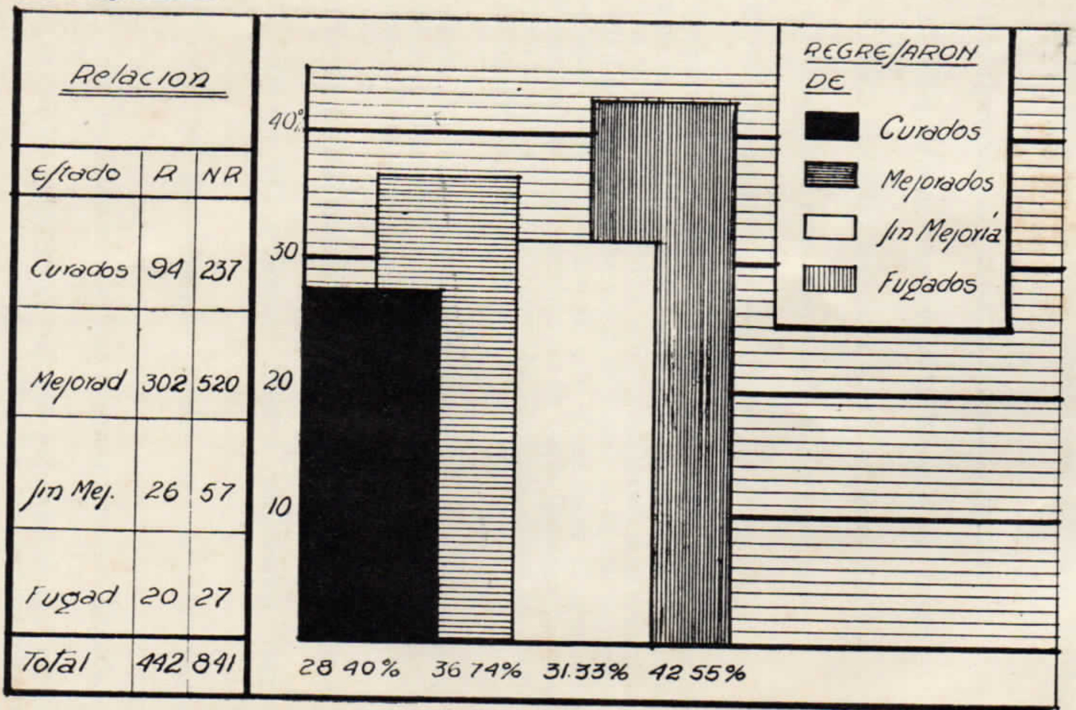


Salidas en relacion con el Sexo



Relacion		
Salieron	H	M.
Curados	53	282
Mejorad	507	309
Sin Mej.	39	48
Fugad	39	8
Fallecid	246	322
TOTAL	884	969

Reingresos



Relacion		
Estado	R	NR
Curados	94	237
Mejorad	302	520
Sin Mej.	26	57
Fugad	20	27
Total	442	841

exagerados, aparentemente no relacionados con los factores exógenos, los cuales tienen, por lo general, un curso catastrófico.

Comparando las cifras de salidas en relación con el sexo, tenemos que, en el curso de los años 1931 a 1939, han salido 884 hombres, 47,71%, y 969 mujeres, 52,29%. Ambos porcentajes se dividen como sigue:

1º.—Curados: hombres, 6%; mujeres 29,10%.

2º.—Mejorados: hombres, 57,35%; mujeres, 31,89%.

3º.—Sin mejoría: hombres, 4,41% mujeres, 4,95%.

4º.—Fugados: hombres, 4,41%, mujeres, 0,83% y

5º.—Fallecidos: hombres, 27,83%, mujeres, 33,23%.

Como vemos, la proporción de mujeres salidas curadas supera a la cifra de hombres en porcentaje apreciable, 13,10% de diferencia, en tanto que la cifra de hombres salidos mejorados es mucho mayor que la cantidad de mujeres, con un 25,46% más a favor del sexo masculino. Respecto a la importancia que tiene para el pronóstico el sexo, BLAIR encuentra, como acabamos de verlo igualmente, que las mujeres tienen mejor pronóstico que los hombres, como lo había observado BALTAZAR CARAVEDO.

Según las estadísticas y gráficas de reingresados al Hospital "Víctor Larco Herrera" durante los años antes citados, vemos, que la distribución de éstos se hace de la manera siguiente:

1º.—De los 331 enfermos salidos curados, regresaron el 28,40%.

2º.—De los 822 enfermos salidos mejorados regresaron el 36,74%.

3º.—De los 83 enfermos salidos sin mejoría regresaron el 31,33%, y

4º.—De los 47 enfermos fugados regresaron el 42,55%.

En el cuadro estadístico adjunto exponemos con más detalle el número de veces que han tenido lugar los reingresos, aunque podemos adelantar que el mayor porcentaje corresponde a los reingresados por primera vez. Resumiendo dicha gráfica tenemos que reingresaron al Hospital el 34.45%.

Continuando con nuestra exposición gráfica y estadística examinaremos ahora, por último, las causas de defunción de 568 esqui-

zofrénicos fallecidos en el Hospital "Víctor Larco Herrera" entre los años 1931 y 1939. Para facilitar la elaboración de las gráficas y estadísticas hemos englobado aquellos procesos agudos o crónicos cuyo total no alcanza a 5 enfermos dentro de la denominación genérica de "Otras enfermedades". En esta denominación se incluyen cuadros de clínica general que no forman un conjunto que merezca apreciación detallada y capaz de presentar una conexión manifiesta entre ellos y el cuadro mental estudiado.

Los porcentajes de causa de defunción han sido los siguientes: 1°., por "Otras enfermedades", 33,63%; 2°., por tuberculosis, 32,92%; 3°., por diarreas, ulceraciones intestinales, etc., 14,96%; 4°., por disentería, 5,63%; 5°., por pelagra, 4,58%; 6°., por demencia precoz, 4,23%; 7°., por helmintos, 3,17% y 8°., por cáncer, 0,88%.

Los procesos clínicos de orden médico englobados en la entidad "Otras enfermedades" no se prestan para hacer de ella crítica detallada debido a que sus cuadros son muy variados y, por lo tanto, no susceptibles de apreciación metódica y sistematizada. Como la entidad clínica que más enfermos fallecidos ha presentado ha sido la tuberculosis y como ésta es siempre objeto de observación detenida por múltiples investigadores en sus relaciones con la esquizofrenia, tomaremos a ésta en consideración preferente para hacer un estudio en sus relaciones con las diversas formas clínicas de la demencia precoz. Muchos investigadores señalan la frecuencia con que la tuberculosis se asocia a la esquizofrenia. RENNIE expone el resultado obtenido en la investigación de 560 esquizofrénicos, de los cuales fallecieron más de un centenar y casi en su totalidad de tuberculosis. La relación entre la tuberculosis y los tipos clínicos esquizofrénicos presenta el siguiente porcentaje:

1°.—El tipo simple, 32,89%.

2°.—El tipo hebefrénico, 20,32%.

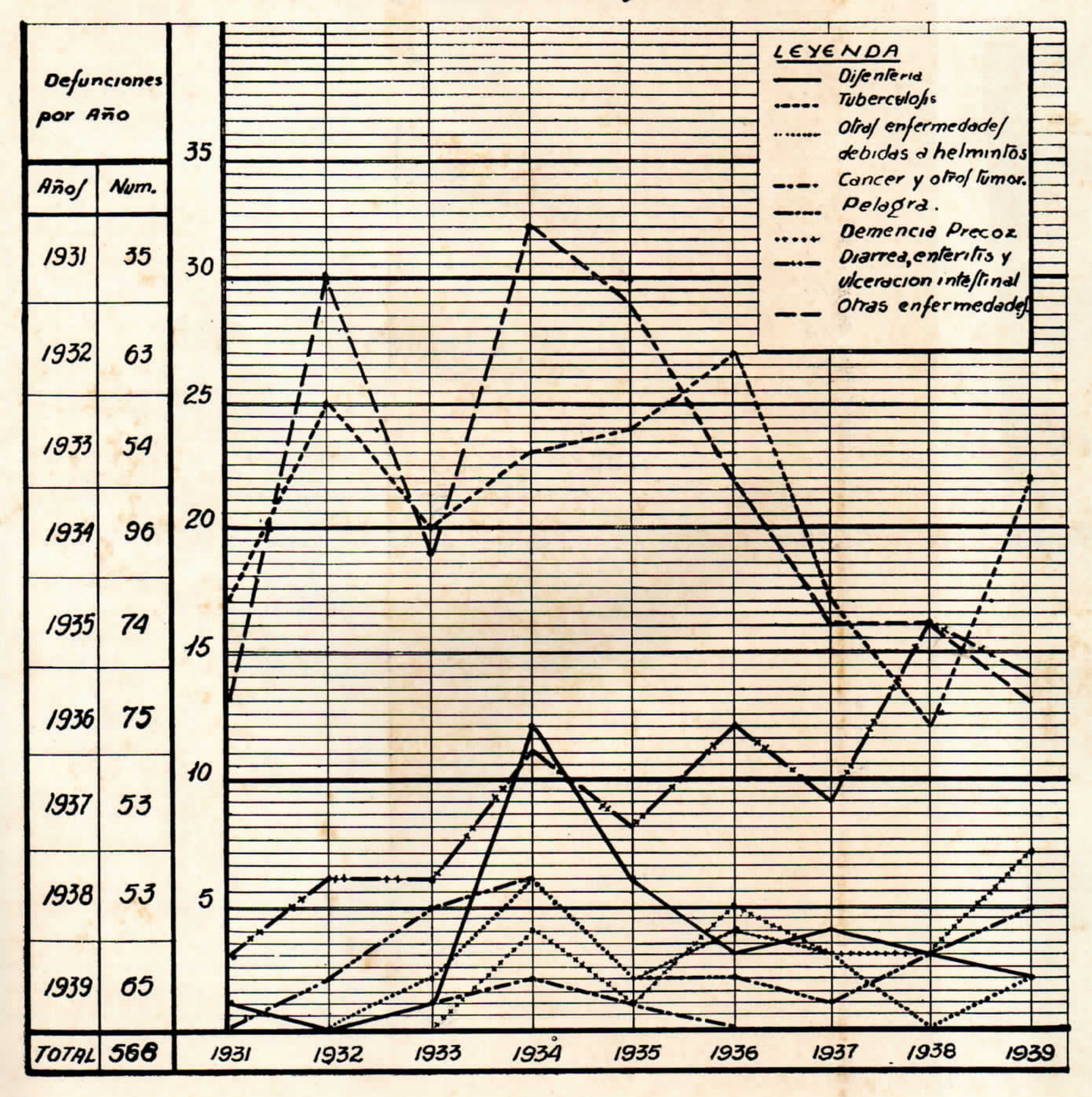
3°.—Otros tipos, 19,25%.

4°.—El tipo paranoide, 18,18%.

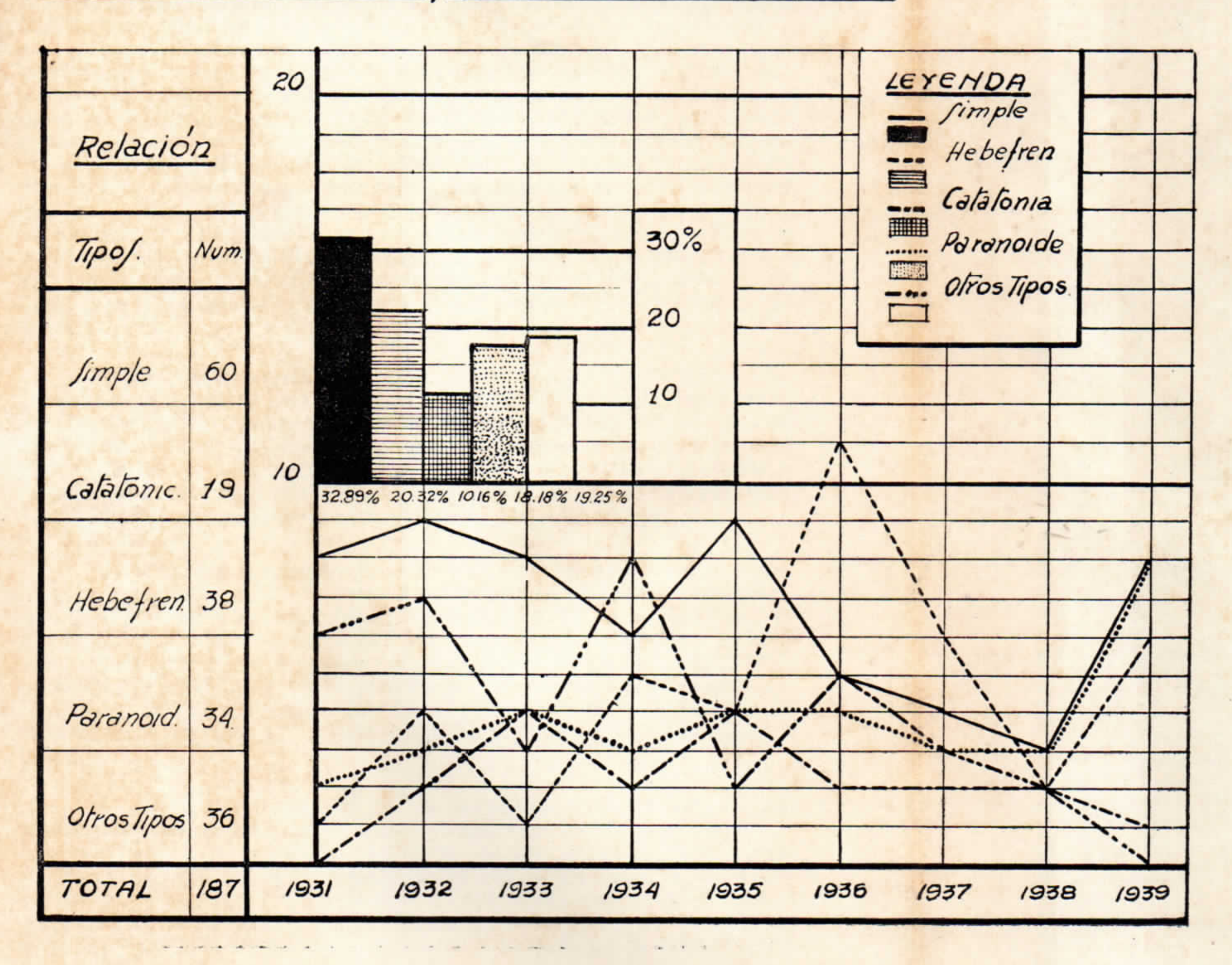
5°.—El tipo catatónico, 10,16%.

Después de haber revisado los diferentes aspectos de causas de salidas de los esquizofrénicos, haremos un breve resumen de las características generales dentro de las que reposa el criterio de un grupo de investigadores respecto al pronóstico de la esquizofrenia. Diferentes autores que han tratado el punto en cuestión, tales como ROMANO, EBAUGH, DUKER y BLAIR, consideran, como MAUZ y otros, que el pronóstico de la esquizofrenia debe basarse sobre la herencia, el hábito somático y la personalidad matriz, la edad, la manera de presentarse, el carácter, la duración de los síntomas, los factores signifi-

CAUSAS DE DEFUNCION



La Tuberculosis en los Tipos Clínicos de la D.P.



cativos precipitantes, la influencia del tratamiento y el curso evolutivo de los síntomas.

Dentro de los cuadros del presente capítulo mencionaremos las diferentes corrientes y opiniones sustentadas por estos autores respecto a algunos de los puntos arriba mencionados. Dentro de la exposición estadística dada por nosotros, tenemos que hacer hincapié sobre dos hechos saltantes: las salidas en relación con las formas clínicas y con el sexo, tratando de establecer, de acuerdo con los porcentajes anotados, los tipos clínicos que mejor porcentaje mostraron en la remisión de sus síntomas y que salieron, o bien curados o mejorados; e igualmente subrayaremos la importancia que posée para el pronóstico el sexo. En nuestro medio hospitalario, las formas que mayor tendencia a la curación mostraron son la esquizofrenia simple y la paranoide, siguiéndola en el orden la hebefrenia. En cuanto al sexo, hemos visto que las mujeres tienen mayor tendencia a la curación que los hombres, en tanto que éstos tienen un porcentaje más elevado que aquéllas de mejorías. Sin embargo, pronósticamente, podemos decir que las mujeres, en términos generales, lo muestran más favorable que los hombres, y en esto estamos de acuerdo con la opinión de RENNIE y de BLAIR.

Igualmente es importante hacer un examen de las cifras de reingresados de aquéllos que salieron con diagnóstico de esquizofrenia. En términos generales, hemos visto que las cifras de porcentajes de reingresos ha sido de 34,45%, habiendo permanecido hasta la fecha el 65,55% fuera del ambiente hospitalario. De los salidos mejorados y curados, regresaron el 34,65% y los que lo efectuaron en mayor porcentaje han sido aquéllos que reingresaran por primera vez.

En el trabajo efectuado por RENNIE, concluye resumiendo que: " De todo el grupo, el 55,7% están hospitalizados, el 24,26% restablecidos, el 11,8% están en una etapa productiva y el 8% son atendidos en sus hogares. De la serie total, 35,5% jamás pudieron abandonar el hospital; 32,6% jamás fueron readmitidos en ningún otro hospital. RENNIE, como BLAIR, señala el mejor pronóstico que poséen las mujeres frente a los hombres, lo mismo que hace notar que de los 100 enfermos fallecidos en el grupo por él estudiado, la gran mayoría fué por tuberculosis.

La mayor preocupación de los investigadores respecto al pronóstico de la esquizofrenia es saber si una restitución al estado anterior es posible y si una paralización de los procesos patológicos puede tener lugar. Para la gran mayoría de los psiquiatras, la *restitutio ad integrum* no es lograble, aunque el pesimismo que se tuvo hace 30 años no sea ya tan firme y las posibilidades favorables del pronóstico sean cada vez más alentadoras, sobre todo después de la introducción del cardiazol y de la insulina en el tratamiento de esta psicosis. Desgraciadamente, el proceso de la esquizofrenia dista mucho de haber sido aclarado y la tendencia a las recidivas que toma este trastorno nos habla de la imposibilidad de la cesación completa del proceso patológico.

Por lo tanto, la esquizofrenia, vista desde el ángulo del pronóstico, habría que considerarla, o bien como un trastorno crónico con remisiones y ataques recurrentes o como una predisposición permanente con nuevos ataques. Hay un hecho interesante que BLAIR anota y es que aquellos tipos de esquizofrenia que son susceptibles de remisiones y mejorías son los que se benefician con el tratamiento cardiazol-insulina, no teniendo eficacia esta terapéutica en los casos en que el pronóstico hecho según las condiciones por él indicadas no es favorable de antemano. DUKOR establece una pauta para el diagnóstico de la esquizofrenia y de la cual haremos el resumen siguiente: 1°., el tipo de constitución corporal y el tipo de la personalidad prepsicótica. El tipo pícnico con personalidad sintónica es menos probable que se torne demente como el tipo asténico, atlético o displástico, con una definida personalidad prepsicótica esquizoide. 2°., el cuadro inicial de la enfermedad. Los casos agudos con irrupción violenta de la enfermedad tienen un pronóstico más favorable que aquéllos en que la presentación de los síntomas es gradual. 3°., de acuerdo con MAUZ, las formas desfavorables de la esquizofrenia son aquéllas que están comprendidas en el grupo de "procesos de esquizofrenia maligna" que corrientemente se desarrolla sobre la base de una constitución de demencia precoz y ocurre entre los 16 y 25 años,caracterizándose por una constitución corporal asténica, atlética o displástica;y conduce a una demencia completa a los dos o tres años de haberse presentado. 4°., en vista de lo que antecede, la exactitud en el pronóstico de cada caso debería ser guiada por la diferenciación de los síntomas clínicos dentro del "proceso", "defecto", y síntomas "psicogénicos".

Desde que la esquizofrenia es un proceso cuyo mecanismo dista mucho de haber sido aclarado y, como el curso y evolución del mismo es recidivante, con hospitalizaciones repetidas y muchas veces permanentes, el juicio sobre una terapéutica determinada que haya sido aplicada debe ser emitido en vista del resultado final. Por eso, una evaluación definitiva de los tratamientos convulsivantes no podrá hacerse en el presente y toda conclusión entusiasta y promisora deberá considerarse con cautela, pues sólo cuando haya pasado un largo y suficiente período de tiempo, no simplemente dos o tres años, es que se podrá concluir sobre los resultados reales operados por dicho tratamiento. Sin las terapéuticas del cardiazol y la insulina, existen igualmente remisiones que permanecen largos períodos de tiempo en condiciones favorables para después sufrir una nueva crisis. Los resultados terapéuticos y los esfuerzos del presente tienen que sufrir la sedimentación necesaria para poder contemplar con criterio sistemático y mesurado lo que hoy se admira con entusiasmo y se prodiga sin método.

Pero no solamente la esquizofrenia, como cualquier otra enfermedad que adopta el tipo de una "epidemia", se combate con procedimientos terapéuticos, diagnosticándola con precisión y en época temprana, sino que, aparte de esto, la profilaxis, como recurso necesario y auxiliar precioso en esta afección, debe practicarse más que en cualquier otra de naturaleza psicótica. La esquizofrenia, hoy día, es la preocupación mayor en todas las naciones y en cualquier hospital para

enfermos de la mente; su número crece cada día, habiendo calculado HELDT que, en 1933, existían 4'200,000 esquizofrénicos en toda la superficie del globo. Para países superindustrializados como Estados Unidos, el problema asistencial es enorme, pues la cuarta parte del total de camas hospitalarias están ocupadas por enfermos de esta afección y como ella es generalmente un trastorno cuyas raíces más hondas se pierden, por un lado, en la herencia y, por otro, en el medio ambiente y en los problemas que desde los primeros años el hombre tuvo que comenzar a resolver, la atención de los investigadores y de los pedagogos se dirige hacia el niño, como elemento potencial, cuyas reacciones, modos de comportarse, ambiente, familia y medios económicos de los cuales disfruta, les interesan primordialmente para tratar de encauzar una posible desadaptación y realizar un adecuado y pronto reajuste.

Si la esquizofrenia es un trastorno fundamentalmente característico de la adolescencia y de la juventud y si es la respuesta a una mala adaptación entre el hombre y el mundo, un tipo de reacción, entonces debemos pensar que el comienzo de los años infantiles fué mal dirigido y las primeras manifestaciones intelectuales y del comportamiento social pasadas por lo común inadvertidas o falsamente interpretadas. "La psiquiatría, como ha dicho LEWIS, tal como nosotros la comprendemos clínicamente, empieza con el estudio del individuo desde su nacimiento.......

"El comportamiento, desde el nacimiento hasta la muerte, consiste en la adaptación de las propensiones a las condiciones del ambiente, siempre variable, y la psiquiatría trata con los fracasos y distorsiones, los cuales están siempre fluctuando desde las simples desadaptaciones hasta las más severas disyunciones.

Por esto, la psiquiatría y los psiquiatras del presente deben buscar la colaboración de todos aquellos elementos humanos que les sean indispensables para dirigir una acción más definida sobre el campo aún no bien defendido de la niñez y de la adolescencia. La orientación de la niñez es el primero y más esencial problema que debe contemplarse para el logro de una mejor dirección en el futuro del hombre. BALTAZAR CARAVEDO dice que: "La orientación de la niñez es una rama de la higiene mental que se ocupa de todo lo concerniente a la personalidad y desórdenes de la conducta de la niñez y que toma en cuenta, además, las interacciones complejas entre el niño y su ambiente, y trata de ayudarlo a conseguir una orientación práctica que ha de servirle en sus relaciones con el mundo........"

" Es imposible aquilatar la cantidad de sufrimientos individuales y mala adaptación individual y social que ha sido evitada y se sigue evitando en virtud de los trabajos en las clínicas de orientación de la niñez. El objeto primordial del movimiento de orientación de la niñez es hacer accesible a todos los niños los principios y la técnica de la higiene mental, que ha venido a luz como resultado de los trabajos clíni-

cos con niños mal adaptados. Si fuera posible que todos los niños, al ingresar a la escuela, pudieran acogerse a los beneficios de semejante estudio amplio de la personalidad, tal como actualmente se encuentra disponible para aquellos niños mal adaptados, gran parte de la labor de reconstrucción y rehabilitación podría evitarse. Con el ensanchamiento de su campo de acción, a fin de poder incluir mayor énfasis en los trabajos educacionales y preventivos, el movimiento de orientación de la niñez está comenzando a hacer no solamente un servicio para niños mal adaptados, como lo implica su nombre, sino un medio de guiar a todo niño a una adaptación que se apoye sobre bases de la más amplia utilización de todo su poder y facultades."

La psiquiatría, al buscar la colaboración de todos aquéllos que se interesan por los problemas relacionados con los trastornos mentales, no hace sino tratar de hallar la solución de los vastos conflictos que el espiritu humano sostiene en los diversos campos de la actividad social. Llevada la psiquiatría de las enseñanzas y preceptos que sostuvieron los antiguos médicos, busca en el alborear del espíritu el principio de las rutas de las cuales debe partir para encontrar un mejor conocimiento del alma y del espíritu del hombre. La escuela ha comenzado su labor en pro de un mejor acercamiento entre la vida, la realidad y el niño dotado de potencialidades creadoras y también de inclinaciones y tendencias, muchas veces nocivas para su perfecta adaptabilidad social. Las escuelas y las clínicas de orientación infantil adquieren un rol fundamental en el esfuerzo de encauzar las inclinaciones individuales para tratar de corregir aptitudes viciosas y, por lo general, acordes con un estado psíquico determinado y un carácter definido. Así como la escuela adquiere importancia en el cultivo de las fuerzas creadoras del niño y en el encauzamiento de su espíritu por un camino conducente a la buena adaptabilidad social, el hogar y el ambiente en el cual se mueve el niño son los coadyuvantes poderosos en la formación de sus hábitos, tendencias, instintos y conflictos e igualmente son ellos los que deben ayudarlo a buscarle solución. El hogar y la familia son, pues, centros directivos tan importantes como la escuela, pues su conjunto constituye el ambiente del niño. Para el niño, dice STRECKER, "el hogar debería ser el primer lugar y el más importante, en el cual encuentre una atmósfera de armonía y felicidad. En la armonía de la vida íntima, en las relaciones sociales afines y en las directivas mejores de la escuela, el niño tiene el mejor medio para enfrentarse a los conflictos posteriores de la pubertad y de la adolescencia."

BURLINGAME crée que "la personalidad psicopática debe su condición a factores de orden hereditario que al acondicionamiento de su medio ambiente.... y por medio ambiente quiero decir las fuerzas externas que empezaron a afectarle desde el momento en que nació". Y en esto hay gran fondo de verdad, pues las personalidades psicopáticas, sobre todo de tipo esquizoide, tienen una predisposición hereditaria, pudiéramos decir cierta *alergia* para reaccionar mal a los conflictos vitales y que si la dirección de la conducta, del comportamiento y de los problemas individuales han sido orientados adecuadamente y el

hombre bien valorado y comprendido, desde los años escolares, las posibilidades de producir una reacción decrecen. Lo difícil es poder conducir permanentemente a tipos de esta categoría a través de la vida, de hacerlos comprender por los demás y que ellos puedan, a su vez, situarse dentro del marco de sus capacidades.

Si el hombre no ha sido guiado suficientemente durante los primeros años de la vida por los padres y los maestros, si éstos, en lugar de comprenderlo y ayudarlo, lo han obstaculizado y han puesto ante él problemas psicológicos y sociales aun más profundos de los que empezó a generar, cuando llega a la adolescencia, que es el momento en que la valoración de la vida y del mundo adquieren otro ritmo y otra dirección, cuando el adolescente empiece a tratar con las fuerzas poderosas que gravitan entre el cosmos externo y el cosmos interno, su capacidad de adaptación, en constituciones predispuestas, habrá disminuídò notablemente y se hallará entonces en situación de menor resistencia frente al nuevo rumbo sobre el cual el joven tiene las más desbordantes esperanzas. Desgraciadamente, mientras las sociedades humanas tienden hacia una civilización extrema, al tecnicnismo más absoluto, el hombre pierde la seguridad personal ante los intrincados problemas que presenta la complicada red social de las poblaciones urbanas. La gran tarea educacional del presente consiste en preparar a los jóvenes con el sistema social y a saber defenderlos de la vorágine incierta y angustiosa dentro de la cual están viviendo momentos de intensa inquietud vital. El presente es un momento de tensión psíquica extrema y los adolescentes que insurgen a la vida se ven rodeados de una multitud de problemas a los cuales ellos no les hallan solución, rodeados de un mundo donde sólo es capaz de poder engranarse dentro de la dependencia, envueltos en la desesperanza inmensa de sentirse incapaces de poder abrirse camino por sus propios medios y de crear para sí un cosmos interno armonioso y armonizante con la realidad exterior. Dice BURLINGAME que "hay entre nosotros quienes gustan de jactarse un tanto acerca de la manera cómo logramos abrirnos paso en el mundo, cómo vencimos los obstáculos de nuestra juventud y, finalmente, cómo ganamos un pequeño éxito; pero la vida era diferente en ese entonces. Una cosa es tener dificultades tangibles contra las cuales se tiene que luchar, y otra cosa enteramente diferente es tener meramente que esperar con resentimiento cada vez más creciente contra un mundo que no tiene necesidad de unò o por lo que uno pudiera hacer."

Por eso hoy una de las preocupaciones de la higiene mental es la comprensión mutua, mediante la cual la multiplicidad de tendencias psicológicas logra encontrar un camino que encauza estas corrientes con el fin de armonizar a la colectividad humana que en la actualidad subsiste dentro de la inseguridad y la angustia. REPOND explica el caos social provocado por la incomprensión diciendo que, "entre las facultades mentales cuya función es posible perfeccionar mediante el empleo de nuevos métodos psicológicos, es necesario mencionar, en primer término, a la comprensión mutua. Producidos por los impulsos inconscientes, sus trastornos son numerosos y constantes. Las

transformaciones y desplazamientos de la afectividad, los retrocesos instintivos, las identificaciones, las incomprensiones de la personalidad ajena, nacidas del temor de conocerse a sí mismo, las rebeliones morales compensadoras, las proyecciones afectivas, es decir, el hecho de atribuir a otros sentimientos o instintos que obsesionan inconscientemente a uno mismo, son otros tantos ejemplos de lo que el psiquiatra ve todos los días. Mas, al lado de estos trastornos individuales de la comprensión mutua que la psicoterapia y, en casos simples, la aplicación de las reglas psicológicas de la higiene mental, pueden remediar fácilmente, como lo demuestran los resultados de nuestra actividad médica, existen otros que son colectivos y, por consiguiente, mucho más peligrosos por estar mezclado lo legítimo con lo que podía llegar a ser loable. Puede seguirse, en parte, el desarrollo de los trastornos en el dominio social, por ejemplo, cuando se manifiestan en una masa considerable de individuos inadaptados a las condiciones de una existencia cada vez más precaria y difícil. Si, para muchos, se trata de una inadaptación por una relativa deficiencia intelectual, para la mayoría, aquélla proviene de una menor resistencia y de un carácter poco firme. Obsérvase esto en los emigrantes en general y, sobre todo, en los que salen del campo para vivir en las grandes ciudades. Siendo capaces de vivir normalmente dentro de las condiciones simples, tranquilas y seguras del trabajo de la tierra, no llegan a adaptarse a las condiciones urbanas, ni a arraigar o recrear las circunstancias materiales y morales que determinan su carácter, su temperamento y su educación. Aumentan la masa de ese proletariado flotante que, habiendo perdido sus sanas tradiciones, es incapaz de afirmarse con solidez dentro de las nuevas costumbres. Angustiado por falta de seguridad, vulnerable a la propaganda y a las influencias disolventes, representa en las sociedades modernas un elemento moralmente inerte y no pocas veces colectivamente peligroso. He aquí uno de los problemas más difíciles de los tiempos actuales, cuya solución definitiva no se ha encontrado todavía, a pesar de los enormes esfuerzos que se hacen en la mayoría de los países. La higiene mental, directamente interesada y que apoya todas las medidas sociales dirigidas a remediar esas condiciones, debe también llamar la atención sobre el parasitismo social que puede resultar. La multiplicidad de seguros, de medidas de seguridad colectiva, de garantías contra la desocupación, etc., rebajan el sentimiento de la responsabilidad personal y de la confianza en sí mismo, el gusto del esfuerzo y del riesgo. La pasividad y la dependencia respecto de los demás, que de ellas resulta, dan pábulo a los sentimientos de inseguridad, generadores de una angustia que luego se convierte en agresividad y, por consecuencia, en incomprensión mutua. No es de sorprender, por esto, que para librarse de esta angustia, muchos hombres abdiquen voluntariamente de una libertad con la cual no saben qué hacer, pues implica una responsabilidad personal demasiado pesada para ellos. Su abdicación aumenta sus necesidades de seguridad y ese sentimiento de ansiedad, de inquietud y de celo, les presenta peligros y enemigos por todas partes, desarrolla aquellas reivindicaciones apasionadas y odiosas que son la plaga de las sociedades modernas y que perturban profundamente la comprensión mutua. Vemos, por ello, surgir la angustia humana, bajo las formas más diversas,

como principio de todos los obstáculos que se oponen a aquélla. Nosotros podemos indicar así, en líneas generales, cuál es el camino a seguir para llegar, si no a suprimirla, por lo menos a atenuarla, sublimarla o distraerla en tareas útiles. La experiencia adquirida en pedagogía médica y en psicoterapia nos demuestra que ello es posible."

En este aspecto de la comprensión mutua, al que la higiene mental presta atención preferente, es en cierto modo esencial para cualquier programa de buen entendimiento psicológico y social entre nuestros diversos agregados humanos, que viven en tan diferentes regiones y en condiciones sociales, raciales y lingüísticas tan distintas, realizar la unidad y fomentar la interacción de sus elementos. Por consiguiente, el objeto de la higiene mental es mejorar la condición humana haciendo de la comprensión mutua un factor poderoso en la profilaxis de los trastornos mentales y, en especial, de la entidad nosográfica que acabamos de estudiar.

CONCLUSIONES

De lo expuesto deducimos :

I.—La esquizofrenia es el trastorno mental más frecuente en el Hospital "Víctor Larco Herrera".

II.—Más de la tercera parte de los primeros ingresos al Hospital "Víctor Larco Herrera" corresponde a la esquizofrenia.

III.—La relación observada entre la esquizofrenia y los otros trastornos mentales ha seguido una constante más o menos equiparable, aunque el número de ingresos ha ido aumentando sensiblemente.

IV.—El mayor número de los primeros ingresos, en cuanto al tipo clínico se refiere, es de hebefrénicos.

V.—El menor número de los mismos corresponde al tipo catatónico.

VI.—Con respecto a la edad de los primeros ingresos, la mayor frecuencia corresponde al período comprendido entre los 9 y los 29 años.

VII.—De los primeros ingresos, desde el punto de vista racial, el mayor número correspondió a los mestizos.

VIII.—En los primeros ingresos, la raza india, a pesar de formar el núcleo central de la población del país, tiene un número muy reducido.

IX.—Según la división geográfica Norte-Centro-Sur, el mayor número de primeros ingresos corresponde al Centro y, según la división geográfica Costa, Costa-Sierra, Costa-Sierra-Selva, Sierra, Sierra-Selva y Selva, corresponde a las zonas Costa-Sierra y Sierra-Selva.

X.—Las zonas Costa, Sierra y Selva, en sí, como puntos culminantes de una división geográfica, tienen porcentajes bajos, cuyos coeficientes tienen un nivel muy pequeño en comparación con las zonas intermedias.

XI.—Los mayores ingresos departamentales los han constituído Lima, Ancash, Junín, Arequipa, Ica y La Libertad.

XII.—La afluencia de ingresos, según las regiones, no está por lo general de acuerdo con la densidad de población.

XIII.—La mayor o menor afluencia de enfermos está determinada, primero, por la tolerancia social; segundo, por la mayor o menor facilidad de transporte, y, tercero, por la naturaleza de vida que las diferentes comunidades sociales llevan.

XIV.—Los tipos leptosomos constituyen más de la mitad de los examinados según la ficha de KRETSCHMER sobre un total de 525 enfermos.

XV.—Los leptosomos varones priman ligeramente sobre las mujeres, en tanto que las mujeres pícnicas son superiores en número a los hombres.

XVI.—El tipo leptosomo es predominantemente serrano en tanto que el pícnico es predominantemente costeño y selvático.

XVII.—En la relación del tipo clínico de la esquizofrenia con los diferentes tipos constitucionales se ha observado una relación más o menos uniforme y equilibrada entre los tipos clínicos y los tipos constitucionales leptosomo y pícnico.

XVIII.—Más de las dos terceras partes de los atléticos son esquizofrénicos paranoides.

XIX.—Del total de asistidos con diagnóstico de esquizofrenia salieron el 27,67 %, correspondiendo el 17,87 % a las salidas por curación, mejorados y sin mejoría, el 8,70 % a los fallecidos, y el 1,10 % a los fugados.

XX.—En el curso de los 9 años han salido 1,853 esquizofrénicos por las diferentes causas arriba expuestas. El total de asistidos con este diagnóstico, durante el mismo lapso, ha sido de 2,501 y el total de primeros ingresos de 1,475.

XI.—El promedio de salidas con etiqueta de "curados" ha sido de 5,24 %; el de mejorías, de 11,68 %, y el de egresados sin mejoría de 1,39 %.

XXII.—Los mayores egresos por curación correspondieron al año 1938, con 29,26 %.

XXIII.—Los fallecidos han representado, como promedio, el 8,70 %.

XXIV.—El porcentaje promedio que ha permanecido en el Hospital ha sido de 72,33 %.

XXV.—Desde el punto de vista de las salidas, los egresados, remitidos y mejorados representan más de los dos tercios de aquéllas.

XXVI.—Los fallecidos, en relación con las salidas, representan la tercera parte.

XXVII.—Las salidas por curación y mejoría, según el tipo clínico, han correspondido al tipo simple y al tipo paranoide en mayor número que las otras formas esquizofrénicas.

XXVIII.—De las salidas por curación, las mujeres tienen un porcentaje muy superior a los hombres, aproximadamente la tercera parte del total de salidas en general.

XXIX.—De las salidas por mejoría, los hombres cubren las dos terceras partes aproximadamente del total de salidas.

XXX.—Han fallecido más mujeres que hombres.

XXXI.—De los que salieron curados y mejorados, han regresado más de la tercera parte.

XXXII.—De las causas de fallecimiento, la que mayor porcentaje tuvo ha sido la tuberculosis, con más de la tercera parte, y las formas clínicas de la esquizofrenia que mayor porcentaje acusaron han sido la simple y la hebefrénica.

XXXIII.—El cardiazol y la insulina, que principiaron a emplearse el año 1937 en la terapia de la esquizofrenia, han aumentado el número de egresados curados durante los años 1938 y 1939. Sus resultados, con todo, deberán ser evaluados después de un lapso prudencial.

XXXIV.—El estudio de la esquizofrenia requiere la colaboración de todas las ramas de la ciencia relacionadas con el hombre y, en especial, de una mayor integración de la psiquiatría con la medicina general.

XXXV.—Los trastornos mentales y, particularmente, la esquizofrenia, pueden evitarse y el principal papel de la profilaxis consiste en despistar a los sujetos predispuestos y colocarlos en condiciones higiénicas que impidan la eclosión de los mismos, siendo, por lo tanto, indispensable la asistencia precoz.

XXXVI.—La profilaxis debe practicarse en el hogar, en la escuela, en el trabajo, lo mismo que en el campo de la eugenesia, para todos aquellos trastornos que pueden transmitirse por herencia.

XXXVII.—El sistema actual de vida va haciéndose cada vez más difícil y complicado, a medida que el mejoramiento técnico se acelera, lo que hace que un cierto número de individuos, cada vez mayor, se encuentren incapacitados para dedicarse ampliamente a una tarea determinada, creando un ambiente de incomprensión y de profunda angustia.

XXXVIII.—Deben seguirse los consejos de la higiene mental, pues tienden a mejorar el ambiente y a elevar el nivel moral e intelectual de los sujetos normales e, igualmente, a dar a los predispuestos un régimen de vida adecuada a su fragilidad psíquica.

BIBLIOGRAFIA

ALFRED ADLER : *Conocimiento del Hombre.* 1a. edición. Madrid, 1931.

ALFRED ADLER : *El Sentido de la Vida.* 1a. edición. Barcelona, 1935.

ALFONSO AGUSTI PASTOR : *Tratamiento de la Esquizofrenia por el coma insulínico.* Bogotá, 1937.

WALDEMAR DE ALMEIDA : *O diagnostico, as remissies eo tratamento dos dementes precoces.* Trabalho do Hospital Nacional de Alienados. Río de Janeiro, 1918.

PAUL ALVAREZ : *Relation between Tuberculosis and Dementia Praecox.* "Dementia Praecox Studies". Chicago, Ill., January and April 1919.

A. ANGYAL and N. BLACKMAN : *Paradoxical Vestibular Reactions in Schizophrenia under the Influence of Alcohol, e Hyperpnea and CO2 Inhalation.* "The American Journal of Psychiatry". Vol. 97. No. 4. Toronto, Juanary, 1941.

ALFONSO ASEJO G. : *Resección del simpático cervical, epilepsia provocada y oscilaciones del potencial bioeléctrico de la corteza cerebral.* "Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas." Año IV. No. 2. Santiago de Chile. Abril-Junio, 1939.

A. AUSTREGESILO : *A hereditariedade como base da eugénica.* "Cultura Médica". Año II. No. 4. Río de Janeiro, Octubre de 1940.

H. BAENVILLE, J. LEY et J. TITECA : *Résultats d'une année de traitement de la schizophrénie var le choc insulinique.* "Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie". 39e. Année. No. 1. Bruxelles. Janvier 1939.

H. BARUK : *L'état mental au cours de l'accés catatonique (Role de l'onirisme et des idées post-oniriques dans le négativisme, les délires et les hallucinations des catatoniques. Faux aspects de simulation. Etiologie toxique).* "Annales Médico-Psychologiques". XIVe. Série. 92e. Année. T. I. No. 3. Paris. Mars. 1934.

LOUIS BAUDIN : *L'Empire Socialiste des Inka.* Paris, 1928.

MANUEL FRANCISCO BECA : *Conceptos actuales sobre esquizofrenia en Alemania.* "Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas". Año III. No. 8. Santiago de Chile. Enero de 1938.

J. BEERENS : *Tuberculose et démence précoce. Recherche du virus tuberculeux dans le liquide céphale-rachidien et le sang de démentis précoces atteints de tuberculose.* "Annales Médico-Psychologiques". XVe. Série. 94e. Année. T. II. No. 1. Paris. Juin 1936.

CLIFFORD WITTINGHAM BEERS : *A Mind Thath Found Itself.* An Autobiography. 25th. Aniversary Edition. Garden City. New York, 1935.

RUTH BENEDICT : *El Hombre y la Cultura.* 1a. edición. Buenos Aires, 1939.

JOSEF BERZE – HANS W. GRUHLE : *Psychologie der Schizophrenie.* Berlin, 1929.

DONALD BLAIR : Resumen publicado en "The 1940 Year Book of Neurology, Psychiatry and Endocrinology". Chicago, Illinois.

E. BLEULER : *Tratado de Psiquiatría.* Trad. de la última edición alemana. Madrid, 1924.

GONZALO BOSCH : *Colonia Nacional de Alienados "Domingo Cabred". Open Door.* "Memoria Médico-Administrativa.". Buenos Aires, 1936.

GONZALO BOSCH : *Tratamiento de la Esquizofrenia.* II Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas. Lima, 20-25 de marzo de 1939. Ponencias Oficiales. T. I. Lima, 1939.

GONZALO BOSCH, CARLOS R. PEREYRA y EDUARDO KRAPF : *Psicosis y Demencia Esquizofrénica.* "Actas de la I Reunión de las Jornadas Neuro–Psiquiátricas Panamericanas." Santiago de Chile, 4-11 de enero de 1937.

W. BOVEN : *L'hérédité des affections schizophréniques.* "Congrés des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Francaise". XLe. Sessión. Paris. 20-25 Juillet 1936.

KARL BOWMAN : *A Study of the pre-psychotic personality in certain psychoses.* "The proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Disease." Volume XIV. New York. December 1933.

KARL BOWMAN : *Endocrin and Biochemical Studies in Schizophrenia.* "The Journal of Nervous and Mental Disease". Vol. 65. No. 5. New York. May 1927.

KARL BOWMAN and ALICE F. RAYMOND : *A Statistical Study of the Personality in Schizophrenic Patients.* "The procedings of the Association for Research in Nervous and Mental Disease". Volume X. 1931. New York.

KARL BOWMAN and ALICE F. RAYMOND : *Physical Findings in Schizophrenia.* "The American Journal of Psychiatry." Vol. VIII. No. 5. New York. March 1929.

KARL BOWMAN and JACOB KASANIN : *Constitutional Schizophrenia.* "The American Journal of Psychiatry." Vol. XIII. No. 3. New York. November 1933.

KARL BOWMAN and JACOB KASANIN : *The Sugar Content or the Blood in Emotional States.* "Archives of Neurology and Psychiatry". Vol. 21. Chicago. Ill., February 1929.

WALTER BROMBERG : *La Mente del Hombre.* 1a. edición. Buenos Aires. 1940.

A. BROUSSEAU : *L' hérédité des affections circulaires.* Congrés des Médecins Alienistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Francaise. XLe. Session. Paris. 20-25 Juillet 1936.

OSWALD BUMKE : *Tratado de las Enfermedades Mentales.* 2a. edición. Traducción de Emilio Mira López. Barcelona.

C. CHARLES BURLINGAME : *One Hundred and Fifteenth Annual Report for the Year Ending April 1, 1939.* The Neuro-Psychiatric Institute of the Hartford Retreat. 1939. Connecticut, 1939.

R. BUSSCHAERT : *Un cas de Schizophrénie infantile.* "Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie." 39e. Année. No. 1. Paris. Janvier 1939.

RENÉ BUSTOS QUEZADA : *Sobre un nuevo ensayo en el tratamiento de la esquizofrenia.* "Medicina Moderna". Año XII. No. 3. Santiago de Chile. Octubre, 1938.

RICHARD C. CABOT : *Ensayos de Medicina Social. La función de la inspectora a domicilio.* 1a. edición. Madrid, 1920.

D. EWEN CAMERON : *Early Schizophrenia.* "The American Journal of Psychiatry". Vol. 95. No. 3. Toronto. November 1938.

C. MACFIE CAMPBELL: *Les tendances actuelles de la psychiatrie aux Etats-Unis.* "Annales Médico-Psychologiques". XVe. Série. 95e. Année. T. I. No. 5. Paris. Mai 1937.

BALTAZAR CARAVEDO: *Actitudes Regresivas en los Esquizofrénicos.* "Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas". Vol. V. No. 2. Lima. Abril de 1924.

BALTAZAR CARAVEDO: *El Cardiazol en el tratamiento de la Esquizofrenia.* "Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal". Vol. V. No. 26. México, D. F. Julio de 1938.

BALTAZAR CARAVEDO: *El Servicio Social en la Asistencia de los Enfermos de la Mente.* Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas. II Reunión. Lima, 20 a 25 de marzo de 1939. Lima, 1939.

BALTAZAR CARAVEDO: *Hospital 'Víctor Larco Herrera'. Aumento de la población de internados.* "Boletín de Higiene Mental". Año I. No. 4. Lima. Octubre de 1932.

BALTAZAR CARAVEDO: *Hospital 'Víctor Larco Herrera'. Memorias de la Dirección correspondientes a los años 1931 a 1938 y 1939 (en prensa.)* Magdalena del Mar. Lima.

BALTAZAR CARAVEDO: *Normas en la Organización de los Hospitales para Enfermos de la Mente.* "Archivos Peruanos de Higiene Mental". T. III. Nos. 1 a 4. Lima, 1939.

BALTAZAR CARAVEDO: *Terapia de la Esquizofrenia en Sud América y especialmente en el Perú.* "Archivos Peruanos de Higiene Mental". T. III. Nos. 1 a 4. Lima, 1939.

BALTAZAR CARAVEDO Y CARLOS GUTIÉRREZ-NORIEGA: *Relación entre la Constitución y los Grupos Sanguíneos en los Enfermos Mentales.* "Archivos Peruanos de Higiene Mental". T. I. No. 1. Lima, Junio de 1937.

BALTAZAR CARAVEDO Y CARLOS GUTIÉRREZ-NORIEGA: *Shock hipoglicémico en la terapéutica de la Esquizofrenia.* "Archivos Peruanos de Higiene Mental". T. I. No. 1. Lima. Junio de 1937.

LUIS CARRANZA: *Colección de Artículos Publicados.* 1ª edición. Lima, 1887.

ALEXIS CARREL: *L'Homme cet Inconnu.* 1ª edición. Paris, 1935.

HENRI CLAUDE et J. LÉVY-VALENSI: *Psychose périodique et démence précoce.* "L'Encéphale". XXVIe. Année. No. 5. Paris. Mai 1931.

P. CLÉMENS: *Des variations de la glycémie provoquées par l'injection de pentaméthylénetétrazol chez les schizophrénes.* "Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie". 38e. Année. No. 5. Bruxelles. Mai 1938.

A. COURTOIS: *Certains agents étiologiques des syndromes de démence précoce.* "Annales Médico-Psychologiques". XVe. Série. 93e. Année. T. II. No. 1. Paris. Juin 1935.

V. K. CHOROSCHKO, avec la collaboration de P. S ALEXANDROWA, V. T. DOBROMYSLOWA et L. N. PIATNITZKAYA: *Contribution a l'etude du traitement biologique de la schizophrénie.* "L'Encéphale". XXIXe. Année. No. 5. Paris. Mai 1934.

HONORIO DELGADO: *Acerca del aumento del número de los enfermos de mente.* "Boletín de Higiene Mental". Año I. No. 3. Lima, Junio de 1932.

HONORIO DELGADO: *Acerca de la Herencia en Psiquiatría.* "Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal". Vol. II. No. 10. México, D. F. Noviembre de 1935.

HONORIO DELGADO: *Concepto psicopatológico y delimitación clínica de la Demencia Precoz* Actas de la I Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas. Santiago de Chile, 4-11 de enero de 1937.

HONORIO DELGADO: *Tratamiento de la Esquizotrenia con Cardiazol e Insulina.* II Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas. Lima, 20-25 de marzo de 1939. Ponencias Oficiales. T. I. Lima, 1939.

HONORIO DELGADO y JOSÉ R. MONTOYA: *Correlación entre la constitución somática y las formas de psicosis (psicosis maníaco-depresiva y esquizofrenia).* "Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas". Vol. V. No. 2. Lima, Abril de 1924.

M. DESRUELLES, P. LÉCULIER et M.-P. GARDIEN: *Action de la Vagotonine sur le systéme neuro-végétatif des déments précoces.* "Annales Médico-Psychologiques". XIVe. Série. 92e. Année. T. I. No. 3. Paris. Mars 1934.

M. DIDE et P. GUIRAUD: *Psychiatrie du Médecin Practicien.* 1e. édition. Paris. 1922.

PAUL DIEPGEN: *Historia de la Medicina.* Barcelona, 1925.

A. DONNADIE et P. LEE: *La pyrétothérapie soufrée dans la démence précoce.* "Annales Médico-Psychologiques". XIVe. Série. 92e. Année. T. I. No. 5. Paris. Mai 1934.

J. DUBLINEAU: *Signification psychopathologique de la Schizophrénie.* "L'Evolution Psychiatrique". Fascicule IV. Paris. Année 1935.

B. DUKOR: Resumen publicado en "The 1939 Year Book of Neurology, Psychiatry and Endocrinology". Chicago, Illinois.

JULIO ENDARA: *Tratamiento de la Esquizofrenia.* II Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas. Lima, 20-25 de marzo de 1939. T. I. Ponencias Oficiales. Lima, 1939.

E. ESQUIROL: *Tratado Completo de las Enagenaciones Mentales consideradas bajo su aspecto médico-higiénico y médico-legal.* 1ª edición. Madrid, 1847.

M. ENGELSON: *Un cas typique de schizophrénie.* "Annales Médico-Psychologiques". XIVe. Série. 92e. Année. T. I. No. 4. Paris. Avril 1934.

HENRY EY: *Position actuelle des problémes de la Démence Précoce et des Etats Schizophréniques.* "L'Evolution Psychiatrique". Fascicule III. Paris. Année 1934.

HENRY EY et Mme. BONNAFOUX-SÉRIEUX: *Etudes cliniques et considérations nosographiques sur la 'démence précoce'.* "Annales Médico-Psychologiques". XVe. Série. 96e. Année. T. II. No. 2. Paris. Juillet 1938.

HENRY EY et Mme. BONNAFOUX-SÉRIEUX: *Etudes cliniques et considérations nosographiques sur la 'démence précoce'.* "Annales Médico-Psychologiques". XVe. Série. 96e. Année. T. II. No. 3. Paris. Octobre 1938.

P. FAVERET et J. RONDOPIERRE: *Essai sur le róle de la syphilis dans le déterminisme de la démence précoce.* "L'Encéphale". 33e. Année. No. 4. Paris. Avril 1938.

EMILIO FERNÁNDEZ M.: *Dirección.* "Boletín Trimestral del Manicomio Nacional 'Pacheco'". Año 2. No. 2. Sucre, Bolivia. Enero-Marzo de 1940.

EMILIO FERNÁNDEZ M.: *Los problemas psicofarmacoterapéuticos del shock.* "Boletín Trimestral del Manicomio Nacional 'Pacheco'". Año 2. No. 2. Sucre, Bolivia. Enero-Marzo de 1940.

EMILIO FERNÁNDEZ M.: *Notas históricas.* "Boletín Trimestral del Manicomio Nacional 'Pacheco'". Año 1. No. 1. Sucre, Bolivia. Octubre-Diciembre de 1939.

EMILIO FERNÁNDEZ M.: *Resumen Estadístico.* "Boletín Trimestral del Manicomio Nacional 'Pacheco'". Año 1. No. 1. Sucre, Bolivia. Octubre-Diciembre de 1939.

CONRADO FERRER: *La alienación en Santa Fé.* "Boletín del Asilo de Alienados en Oliva". Año VIII. Nos. 31-32. Oliva, F. C. C. A. Córdoba, República Argentina. Mayo-Agosto de 1940.

A.-H. FORTANIER: *Considérations psychologiques sur les traitements avec l'insuline et le cardiazol.* "Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie". 39e. Année. No. 7. Bruxelles. Juillet 1939.

L. FROMENTY: *Les rémissions dans la schizophrénie statistique sur leur frécuence et leur durée avant l'insulinothérapie.* "L'Encéphale". XXXIIe. Année. No. 5. Paris. Mai 1937.

R. GAUPP: *Les tendances du développement de la psychiatrie allemande.* "Annales Médico-Psychologiques". XVe. Série. 96e. Année. T. II. No. 3. Paris. Octobre 1938.

ORVILLE GEORGE: *A Bibliography of Tuberculosis and Dementia Praecox.* "Dementia Praecox Studies". Chicago, Illinois. January and April, 1919.

H. I. GOSLINE: *The Role of Tuberculosis and Dementia Praecox, an Abstract.* "Dementia Praecox Studies". Chicago, Illinois. January and April, 1919.

BERNHARDT S. GOTTLIEB: *Prognostic Criteria in Hebephrenie.* "The American Journal of Psychiatry". Vol. 97. No. 2. Baltimore, U. S. A. September 1940.

M. GROSS et G. GROSS-MAY: *Technique et indication des cures d'insuline et de cardiazol chez les schizophrénes.* "Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie". 38e. Année. No. 11. Bruxelles. Novembre 1938.

HANS W. GRUHLE: *La Psiquiatría para el Médico Práctico.* Trad. de la 2ª edición alemana. Barcelona, 1930.

B. GUILIAROVSKI: *Dynamique de la schizophrénie sous l'influence des narcoses prolongées.* "L'Encéphale". XXXIIIe. Année. No. 4. Paris. Avril 1938.

CARLOS GUTIÉRREZ-NORIEGA: *Biotipología del Perú Antiguo.* "Actualidad Médica Peruana". Año II. No. 3. Lima, Julio de 1936.

CARLOS GUTIÉRREZ-NORIEGA: *Observaciones Biotipológicas y Psicopatológicas en los Enfermos Mentales Peruanos con referencia a los Factores Raciales y Geográficos.* "Actualidad Médica Peruana". Año II. No. 10. Lima, Febrero de 1937.

DONALD W. HASTINGS and THURSTEN D. RIVERS: *A Technique for the Modification of Metrazol Therapy Procedure.* "The American Journal of Psychiatry". Vol. 97. No. 4. Toronto. January 1941.

THOS J. HELDT: *Symposium acerca de la Esquizofrenia.* "Archivos Peruanos de Higiene Mental.". T. III. Nos. 1 a 4. Lima, 1939.

D. K. HENDERSON & R. D. GILLESPIE: *A Text-Book of Psychiatry for Students and Practitioners.* Fifth Edition, 2nd. impression. Edinburgh, 1941.

GEORGE W. HENRY: *Essentials of Psychiatry.* 2nd. Edition. Baltimore, 1931.

M. G. HEUYER et Mlle. SERIN: *Les troubles du caractére au début de la démence précoce.* "Annales Médico-Psychologiques". LXXXVIIIe. Année. No. 2. Paris. Juillet 1930.

HAROLD E. HIMWICH - KARL M. BOWMAN - JOSEPH F. FAZEKAS - JOSEPH WORTIS: *Brain Metabolism During the Hypoglycemic Treatment of Schizophrenia.* "Science". Vol. 86. No. 2229. New York. September 17, 1937.

HAROLD E. HIMWICH, KARL M. BOWMAN, JOSEPH F. FAZEKAS and LEO L. ORENSTEIN: *Effect of Metrazol Convulsions on Brain Metabolism.* "Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine". No. 37, 359-361. 1937. New York. 1937.

BAYARD HOLMES: *Some Considerations of Dementia Praecox.* "Dementia Praecox Studies". Chicago, Illinois. January and April 1919.

HENRI HOVEN: *La thérapeutique par le Cardiazol.* "Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie". 38e. Année. No. 11. Bruxelles. Novembre 1938.

HENRI HOVEN: *L'azoman dans la thérapeutique de la schizophrénie.* "Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie". 39e. Année. No. 9. Bruxelles. Septembre 1939.

G. W. B. JAMES, R. FREUDENBERG et TANDY CANNON: *L'insulinethérapie de la schizophrénie dans une clinique anglaise,* "Journal Belge de Neurologie et de Phychiatrie". 38e. Année. No. 8. Bruxelles. Aout 1938.

P. JANET: *Les troubles de la personnalité social.* "Annales Médico–Psychologiques". XVe. Série. 95e. Année. T. II. No. 3. Paris. Octobre 1937.

KARL JASPERS: *Ambiente Espiritual de Nuestro Tiempo.* Trad. directa del alemán por Ramón de la Serna. 1ª edición. Barcelona, 1933.

KARL JASPERS: *Psychopathologie Générale.* 1ª Edition. Paris, 1928.

C. G. JUNG: *Essais de Psychologie Analytique.* Paris, 1931.

C. G. JUNG: *La Psique y sus Problemas Actuales.* Trad. directa del alemán por Eugenio Juárez. Santiago de Chile. 1ª edición. 1935.

C. G. JUNG: *Realidad del Alma.* 1ª edición. Buenos Aires, 1940.

C. G. JUNG: *Tipos Psicológicos.* Versión directa del alemán por Ramón de la Serna. 1ª edición. Santiago de Chile, 1934.

GUNTHER JUST: *La Herencia Biológica.* 1ª edición. Barcelona, 1934.

Mme. E. KAMÉNÉVA: *Sur les limites et les particularités symptomatologiques des formes légéres de la schizophrénie.* "Annales Médico–Psychologiques". XVe. Série. 93e. Année. T. II. No. 4. Paris. Novembre 1935.

OTTO KANT: *Differential diagnosis of schizophrenia in the Light of the Concept of Personality Stratification.* "The American Journal of Psychiatry". Vol. 97. No. 2. Toronto. September 1940.

D. KEURETAS et M. G. STRINGARIS: *Sur la schizophrénie tardive.* "Annales Médico–Psychologiques". XVe. Série. 96e. Année. T. II. No. 2. Paris Juillet 1938.

H. DE. KEYSERLING: *Meditations Sud-Americaines.* Paris, 1932.

EMILIO KRAEPELIN: *Tratatto di Psichiatria.* Traduzione sulla edizione originale. Milano, 1907.

E. KRETSCHMER: *Die rolle des Vererbung und der Konstitution in der Aetiologie der Seelischen Storungen.* Deuxiéme Congrés International d'Hygiéne Mentale. Paris, 19-23 Juillet 1937. 1re. Rapport. 1re. Séance. 21 Juillet 1937.

E. KRETSCHMER: *La Structure du Corps et le Caractére.* Traduit d'aprés la 6e. édition allemande. Paris, 1930.

R. LAFORGUE: *Contributions a l'étude de la Schizophrénie.* "L'Evolution Psychiatrique". Fascicule III. Paris. Année 1935.

J. LANGE: *Psiquiatría para el Médico General.* 1ª edición. Barcelona, 1935.

A. LAZURSKI: *Clasificación de las Individualidades.* 3ª edición. Madrid, 1933.

HERMANN LEININGER: *La Herencia Biológica.* Buenos Aires, 1939.

A. LEROY: *Le Pentaméthylénetétrazol injecté dans les muscles á doses moyennes et répetées calme souvent l'anxiété du melancolique et guérit de méme l'eczéma, l'urticaire et vrasisemblablement d'autres syndromes de la méme famille: asthme, migraine, etc.* "Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie". 38e. Année. No. 8. Bruxelles. Aout 1938.

A. LEROY: *Le Traitement convulsivant de la démence précoce.* "Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie". 37e. Année. No. 10. Bruxelles. Septembre 1937.

MARCEL LEROY: *Cardiazol et lésions cérébrales* "Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie". 40e. Année. No. 3. Bruxelles. Mars 1940.

NOLAN D. C. LEWIS: *Research in Dementia Praecox.* 1ª Edition. New York, 1936.

L. MARCHAND: *La démence précoce symptomatique d'encéphalite.* "Annales Médico-Psychologiques". LXXXVIIIe. Année. No. 1. Paris. Juin 1930.

P. R. MARETT: *Antropología.* Trad. de José Mª Quiroga de la 5ª edición inglesa. Barcelona, 1931.

A. MAIRET et J. MARGAROT: *La Démence Précoce.* 1re. édition. Paris, 1920.

LADISLAUS VON MEDUNA: *La thérapeutique de la schizophrénie par les convulsions.* "Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie". 39e. Année. No. 4. Bruxelles. Avril 1939.

WILLIAM C. MENNINGER: *Pronóstico de la Esquizofrenia.* "Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal". México, D. F. Julio de 1936.

F. MINKOWSKA: *Le probléme de la constitution examiné a la lumiére des recherches généalogiques.* "L'Evolution Psychiatrique". Tome II. Paris, 1927.

F. MINKOWSKA: *Les troubles essentiels de la schizophrénie dans leurs rapport avec les données de la Psychologie et de la Biologie Modernes.* "L'Evolution Psychiatrique". Paris, 1925.

F. MINKOWSKA: *L'hérédité dans la schizophrénie et dans l'epilepsie. (La méthode généalogique. Points de vie théoriques et practiques).* "L'Evolution Psychiatrique". Fascicule II. Paris, Année 1936.

E. MINKOWSKI: *La genése de la notion de schizophrénie et ses caractéres essentiels.* "L'Evolution Psychiatrique". Paris, 1925.

E. MINKOWSKI: *La Schizophrénie (Psychopathologie des schizoides et des schizophrénes)* 1re. édition. Paris, 1927.

EMILIO MIRA Y LÓPEZ: *Manual de Psiquiatría.* 1ª edición. Barcelona, 1935.

C. v. MONAKOW et R. MOURGUE: *Introduction Biologique a l'Etude de la Neurologie et de la Psychopathologie.* Intégration et Désintégration de la Fonction. Paris, 1928.

ANTONIO MORALES SAN MARTÍN: *Tratamiento de la Esquizofrenia por el Cloruro de Amonio.* "Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas". Año V. Nos. 1 y 2. Santiago de Chile. Enero–Julio de 1940.

ANTONIO MORALES SAN MARTÍN: *Tratamiento de la Esquizofrenia por el choc hipoglicémico.* Santiago de Chile, 1938.

B. A. MOREL: *Traité des Maladies Mentales.* 1re. édition. Paris, 1860.

MAX MULLER: *Quelques mécanismes de guérison dans la Schizophrénie.* "L'Evolution Psychiatrique". Fascicule II. Paris. Année 1934.

MANUEL A. MUÑIZ: *Asistencia Pública de los Enajenados.* Concurso para la construcción de un Manicomio. Memoria Premiada. Lima, 1897.

GILBERT MUYLE: *Contribution a l'étude du liquide céphalo-rachidien des déments précoces specialment en ce qui concerne la chlorurrachie.* "Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie". Vol. 37. Année 1937. No. 8. Bruxelles. Aout 1937.

JOSÉ ORTEGA Y GASSET: *La Rebelión de las Masas.* 1ª edición. Buenos Aires, 1937.

RAYMOND OSBORNE: *Paleophrenia. A revaluation of the Concept of Schizophrenia.* "Journal of Mental Science". New York. November 1940.

P. OSTANCOW: *Le "signe du capuchon" dans le démence précoce.* "Annales Médico-Psychologiques". XVe. Série. 94e. Année. T. II. No. 1. Paris, Juin 1936.

P. OSTANCOW: *De la "schizophrénie", la "cyclophrénie" et la "paraphrénie".* "Annales Médico-Psychologiques". XVe. Série. 97e. Année. T. II. No. 3. Octobre 1939.

P. OSTANCOW: *Tempérament et Caractère.* "Annales Médico-Psychologiques". XVe. Série. 94e. Année. T. II. No. 2. Paris. Juillet 1936.

G. PAMBOUKIS et J. TSIMINAKIS: *Observations sur l'application du traitement par le cardiazol a quelques cas de schizophrénie.* "L'Encéphale". 33e. Année. No. 2. Paris. Juillet-Aout 1938.

O. PERALTA V.: *La convulsivo-terapia en la esquizofrenia.* "Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas". Año III. No. 9. Santiago de Chile. Abril de 1938.

HEITOR PERES: *Tratamiento de la Esquizofrenia.* II Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas. Lima, 20-25 de marzo de 1939. Ponencias Oficiales. T. I. Lima, 1939.

C. PFERSDORFF: *Les categories du langage aphasique et la dissociation schizophrénique.* "Annales Médico-Psychologiques". XVe. Série. 93e. Année. T. II. No. 1. Paris. Juin 1935.

FELIPE PINEL: *Tratado Médico-Filosófico de la Enajenación del Alma o Manía.* 1ª edición. Madrid, 1804.

J. PROKOP, O. SLAKICKEVA et J. CUPIK: *Contributions aux études biotipologiques dans la schizophrénie. Les groupes sanguins, la constitution et la race.* "L'Encéphale". 33e. Année. No. 2. Paris. Juillet-Aout 1938.

SAMUEL RAMÍREZ MORENO : *Tratamiento de la Esquizofrenia.* II Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas. Lima, 20–25 de marzo de 1939. Ponencias Oficiales. T. I. Lima, 1939.

REESE, LEWIS & SEVRINGHAUS : *The 1939 Yearbook of Neurology, Psychiatry and Endocrinology.* Chicago, 1939.

REESE, LEWIS & SEVRINGHAUS : *The 1940 Yearbook of Neurology, Psychiatry and Endocrinology.* Chicago, 1941.

E. REGIS : *Précis de Psychiatrie.* Vme. édition. Paris, 1914.

THOMAS A. RENNIE : Resumen publicado en "The 1939 Year Book of Neurology, Psychiatry and Endocrinology". Chicago, Illinois, 1939.

A. REPOND : *Hygiéne Mentale et Compréhensión Mutuelle.* "Revue Suisse d'Hygiéne". Mai 1939.

A. REPOND : *Les tendances actuelles de la Psychiatrie en Suisse.* "Annales Médico-Psychologiques". XVe. Série. 94e. Année. T. I. No. 5. Paris. Mai 1936.

ETTORE RIETTI : *Deux cas de schizomaniac périodique.* "L'Encéphale". XXVIIIe. Année. No. 1. Paris. Janvier 1933.

J. ROGUES DE FURSAC : *Manuel de Psychiatrie.* Vme. édition. Paris, 1917.

JOHN ROMANO and FRANKLIN G. EBAUGH : *Prognosis in Schizophrenia.* "The American Journal of Psychiatry". Vol. 95. No. 3. Toronto. November 1938.

ERNST RÜDIN : *Bedingungen und Rolle der Eugenik in der Prophylaxe der Geisteskrankheiten.* 1er. Rapport. Deuxiéme Congrés International d'Hygiéne Mentale. Paris, 19–23 Juillet 1937. Comptes Rendus. T. II. Paris, 1937.

ARTHUR H. RUGGLES : *Mental Health Past, Present and Future.* 1st. Edition. Boston, 1934.

MANFRED SAKEL : *Historique de l'origine du traitement de la schizophrénie par le choc insulinique.* "L'Encéphale". XXXIIIe. Année. No. 4. Paris. Avril 1938.

MARY BUELL SAYLES : *The Problem Child at Home.* Fourth Printing. New York, December 1938.

MAX SCHELER : *El Puesto del Hombre en el Cosmos.* 1ª edición. Buenos Aires, 1938.

H. SCHMID et H. BERSOT : *Le traitement de la schizophrénie par l'insuline et le cardiazol au Congrés Suisse de Psychiatrie.* "L' Encéphale." XXXIIe. Année. No. 5. Decembre 1937.

H. SCHMID et H. BERSOT : *L'insulinothérapie des psychoses schizophréniques.* "L'Encéphale." XXXIIe. Année. No. 5. Paris. Decembre 1937.

S. SCHRIJVER-HERTZBERGER : *Les corrélations colloidales dans le plasma des schizophrénes.* "L'Encéphale". XXXIIIe. Année. No. 4. Paris. Avril 1938.

J. SEGLAS : *Leçons Cliniques sur les Maladies Mentales et Nerveuses.* 1re. édition. Paris, 1895.

HENRY E. SIGERIST : *Introduction a la Médicine.* 1re. édition. Paris, 1932.

EDUARDO SPRANGER : *Psicología de la Edad Juvenil.* 1ª edición. Madrid, 1921.

EDWARD A. STRECKER : *Beyond the Clinical Frontiers.* New York, 1940.

EDWARD A. STRECKER and FRANKLIN G. EBAUGH : *Practical Clinical Psychiatry for Students and Practitioners.* 4th. Edition. Philadelphia, 1935.

WILLIAM J. TIFFANY : *51st. Annual Report of the Department of Mental Hygiene.* July 1, 1938, to June 30, 1939. State of New York (Legislative Document). Albany, 1940.

HERMILIO VALDIZAN : *La Alienación Mental en la Raza India.* Lima, 1925.

W. M. VAN DER SCHEER : *Les rapports cliniques entre les encéphalites et la démence précoce (centre-rapport).* "Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie". 39e. Année. No. 6. Bruxelles. Juin 1939.

W. M. VAN DER SCHEER et W. HEMMES : *Les tendances actuelles de la Psychiatrie en Hollande.* "Annales Médico – Psychologiques" XVe. Série, 94e. Année. T. I. No. 4. Paris 1936.

G. VERMEYLEN : *Les rapports cliniques entre les encéphalites et la démence précoce.* "Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie". 38e. Année. No. 9. Bruxelles. Septembre 1938.

G. VERMEYLEN : *Les rapports cliniques entre les encephálites et la démence précoce.* "Journal Belge de Nurologie et de Psychiatrie". 39e. Année. No. 9, Bruxelles. Juin 1939.

PAUL VERSTRAETEN : *Sur les indications de la thérapeutique convulsivante.* "Journal Belge de Neurologie et de Ptychiatrie". 38e. Année. No. 1. Bruxelles. Janvier 1938.

EMILIO VIDAL ABAL : *Algunas cifras de la Estadística del Asilo..* "Boletín del Asilo de Alienados en Oliva". Año VII. No. 26. Oliva, F. C. C. A. Córdoba, R. A. Julio–Agosto de 1939.

EMILIO VIDAL ABAL : *Comentando cifras de nuestro Fichero.* "Boletín del Asilo de Alienados en Oliva". Año VII. No. 24. Oliva, F. C. C. A. Córdoba, R. A. Mayo–Abril de 1939.

EMILIO VIDAL ABAL : *El Asilo "Oliva" al través de 25 años.* "Boletín del Asilo de Alienados en Oliva". Año VII. No. 26. Oliva, F. C. C. A. Córdoba, R. A. Julio–Agosto de 1939.

EMILIO VIDAL ABAL : *Síntesis del Asilo en el año 1937*. "Boletín del Asilo de Alienados en Oliva". Año V. No. 18. Oliva, F. C. C. A. Córdoba, R. A. Diciembre de 1937.

J. VIÉ et P. QUÉRON : *La vieillesse de quelques déments précoces*. "Annales Médico–Psychologiques". XVe. Série. 93e. Année. T. II. No. 7. Paris. Juillet 1935.

MANUEL VILLAR ESCANDÓN y JOSÉ GERMAIN CEBRIÁN : *Remisión de un caso de esquizofrenia después de un absceso de fijación*. "Archivos de Neurobiología". T. VI. Nos. 3–4. Madrid. Mayo–Agosto de 1926.

ARTURO VIVADO ORSINI : *Tratamiento de la Esquizofrenia*. II Reunión de las Jornadas Neuro–Psiquiátricas Panamericanas. Lima, 20-25 de marzo de 1939. Ponencias Oficiales. T. I. Lima, 1939.

H. WELWEG : *Les tendances actuelles de la Psychiatrie dans les pays scandinaves*. "Annales Médico–Psychologiques". XVe. Série, 95e. Année. T. II. No. 3. Octobre 1937.

HEINZ WERNER : *Compendio de Psicología Evolutiva*. 1ª edición española. Barcelona, 1936.

WILLIAM A. WHITE : *Outlines of Psychiatry*. 8th. Edition. Washington, 1921.

JOSEPH WORTIS, KARL M. BOWMAN, LEE L. ORENSTEIN and IRVING J. ROSEMBAUM : *Further experiences at Bellevue Hospital with the hypoglycemic insulin treatment of schizophrenia*. "The American Journal of Psychiatry". Vol. 94. No. 1. New York. July 1937.

JOSEPH ZUBIN and GRACE C. SCHOLZ : *Regional Differences in the Hospitalization and Care of Patients with Mental Diseases*. Supplement No. 159. United States Public Health Service. Washington, 1940.

Además, hemos utilizado los informes estadísticos sobre esquizofrenia solicitados por el doctor Baltazar Caravedo, a las siguientes autoridades médicas :

JOAO DE BARROS BARRETO. Director General del Departamento Nacional de Salud. Río de Janeiro, Brasil, 1938.

GONZALO BOSCH. Médico–Director del Hospicio de las Mercedes. Buenos Aires. República Argentina, 1938.

EMILIO FERNÁNDEZ M. Director de la Sección Varones del Manicomio Nacional, Sucre, Bolivia, 1938.

ELÍAS MALBRÁN. Director del Manicomio Nacional, Santiago de Chile, 1938.

ALFREDO MOLLINEDO. Ministro de Higiene y Salubridad. La Paz Bolivia, 1938.

MISENO SAONA: Director del Manicomio de Guayaquil. Ecuador, 1938.

TALLERES GRAFICOS
DEL
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
MAGDALENA DEL MAR
PERÚ